Dr. Karina Reiss
Dr. Sucharit Bhakdi

CORONA FALSE ALARM?

Facts and Figures

1. **Prefacio**
Cómo empezó todo
Coronavirus: lo básico
China: surge la temible amenaza
2. **¿Qué tan peligroso es el nuevo virus "asesino"?**
Comparado con los coronavirus convencionales
En cuanto al número de muertes
¿Cómo se compara el nuevo coronavirus con los virus de la gripe?
La situación en Italia, España, Inglaterra y los EE.UU.
3. **Situación de la corona en Alemania**
La narrativa alemana
La pandemia se declara
El bloqueo a nivel nacional
Abril de 2020: no hay razón para prolongar el cierre
El bloqueo se extiende
Máscaras obligatorias
Último argumento para la extensión del bloqueo: ¿la inminente segunda ola?
Relajando las restricciones con el freno de emergencia aplicado
4. **¿Demasiado? ¿Demasiado poco? ¿Qué ha pasado?**
Hospitales sobrecargados
¿Falta de ventiladores?
¿Fueron las medidas apropiadas?
¿Qué hizo bien el gobierno?
¿Qué hizo mal el gobierno?
¿Qué debería haber hecho nuestro gobierno?
5. **Daños colaterales**
Consecuencias económicas
Interrupción de la atención médica
Las drogas y el suicidio
Ataque al corazón y derrame cerebral
Otras dolencias
Otras consecuencias para los ancianos
Inocentes y vulnerables: nuestros hijos
Consecuencias para los más pobres del mundo
6. **¿Le fue mejor a otros países - Suecia como modelo a seguir?**
¿Hay beneficios de las medidas de bloqueo?
¿Qué medidas habrían sido realmente correctas?
7. **¿Es la vacunación el remedio universal?**
Sobre la cuestión de la inmunidad contra el COVID-19
Vacunar o no vacunar, esa es la cuestión
Con o sin pandemia - el papel de la OMS

8. **El fracaso de los medios de comunicación públicos**

¿Dónde se encontraba la información verídica?

¿Dónde estaba la discusión abierta?

El juego de los números

Difamación y descrédito

Censura de opiniones

El "buen ciudadano" alemán y el fracaso de la política

¿Por qué fallaron nuestros políticos?

9. **¿Quo vadis?**
10. **Una despedida**
11. **Referencias**

1. Prefacio

Los primeros meses del año 2020 se caracterizaron en todo el mundo por una sola pesadilla: Corona. Imágenes espantosas tomaron vuelo desde China, luego desde Italia, seguidas por otros países. Las proyecciones sobre cuántas muertes incontables ocurrirían se unieron a imágenes de compras en pánico y estantes de supermercado vacíos. Los medios de comunicación en la vida cotidiana fueron impulsados por Corona, mañana, mediodía y noche durante semanas. Se establecieron medidas de cuarentena draconianas en todo el mundo. Cuando salías, te encontrabas en un mundo surrealista - no un alma para ser vista, sino calles vacías, ciudades vacías, playas vacías. Los derechos civiles fueron restringidos como nunca antes desde el final de la Segunda Guerra Mundial. El colapso de la vida social y la economía fueron generalmente aceptados como inevitables. ¿Estaba el país bajo la amenaza de un peligro tan terrible para justificar estas medidas? ¿Se habían sopesado adecuadamente los beneficios que podrían obtenerse con estas medidas con los consiguientes daños colaterales que también podrían esperarse? ¿Es realista y científicamente sólido el plan actual para desarrollar un programa mundial de vacunación?

Nuestro libro original fue escrito para el público de nuestro país y esta versión traducida se inclina hacia la narrativa alemana. Sin embargo, los desarrollos globales han avanzado en líneas similares, por lo que los argumentos básicos se sostienen. Hemos reemplazado una serie de eventos locales a favor de nuevas cuestiones urgentes en relación con la cuestión de la inmunidad y la necesidad postulada de desarrollo de vacunas contra el virus.

La intención de este libro es proporcionar a los lectores hechos e información de fondo, para que puedan llegar a sus propias conclusiones. Las declaraciones en el libro deben ser consideradas como las opiniones de los autores que sometemos a su escrutinio. Las críticas y la disidencia son bienvenidas. En las discusiones científicas, la postulación de cualquier tesis debe invitar también a las antítesis, para que finalmente la síntesis pueda resolver el posible desacuerdo y nos permita avanzar en el interés de la humanidad. No esperamos que todos los lectores compartan nuestros puntos de vista. Pero sí esperamos encender una discusión abierta y muy necesaria, para el beneficio de todos los ciudadanos de este mundo profundamente perturbado.

Cómo empezó todo

En diciembre de 2019 se registró un gran número de enfermedades respiratorias en Wuhan, una ciudad de unos 10 millones de habitantes. Se descubrió que los pacientes estaban infectados con un nuevo coronavirus, al que posteriormente se le dio el nombre de SARS-CoV-2. La enfermedad respiratoria causada por el SARS-CoV-2 fue designada como COVID-19. En China, el brote se convirtió en una epidemia en enero de 2020, extendiéndose rápidamente por todo el mundo (1, 2, 3).

Coronavirus: lo básico

Los coronavirus coexisten con los humanos y los animales en todo el mundo, y sufren continuamente mutaciones genéticas, por lo que se generan innumerables variantes (4, 5). Los coronavirus "normales" son responsables del 10-20% de las infecciones respiratorias y generan síntomas del resfriado común. Muchos individuos infectados permanecen asintomáticos (6). Otros experimentan síntomas leves como la tos improductiva, mientras que algunos desarrollan además fiebre y dolores articulares. La enfermedad grave se produce principalmente en los ancianos y puede tener un curso fatal, sobre todo en pacientes con enfermedades preexistentes, especialmente de corazón y pulmón. Así, incluso los coronavirus "inofensivos" pueden asociarse con tasas de letalidad del 8% cuando logran entrar en las residencias de ancianos (7). No obstante, debido a su importancia clínica marginal, rara vez se adoptan medidas costosas para diagnosticar las infecciones por coronavirus, no se ha dado prioridad a la búsqueda de agentes antivirales y el desarrollo de vacunas no ha sido objeto de un debate serio.

Sólo dos miembros de la familia de los coronavirus llegaron a los titulares del mundo en el pasado. El virus del SARS (nombre oficial: SARS-CoV) entró en escena en 2003. Esta variante causó una grave enfermedad respiratoria con una alta tasa de mortalidad de aproximadamente el 10%. Afortunadamente, el virus resultó no ser altamente contagioso y su propagación pudo ser contenida por las medidas de aislamiento convencionales. Sólo se registraron 774 muertes en todo el mundo (8, 9). A pesar de este peligro manejable, el temor al SARS provocó una pérdida económica mundial de 40.000 millones de dólares de los EE.UU. (8). Posteriormente, los coronavirus pasaron a un segundo plano. Una nueva variante, el MERS-CoV, surgió en Oriente Medio en 2012 y causó una enfermedad mortal con una tasa de mortalidad aún mayor, superior al 30%. Pero el contagio del virus también fue bajo y la epidemia fue rápidamente controlada (10).

China: surge la temible amenaza

Cuando llegó la noticia desde China de que un nuevo miembro de la familia del coronavirus había aparecido en escena, la pregunta más apremiante fue: ¿sería inofensivo como sus parientes "normales" o sería como el SARS y altamente peligroso? O peor aún: ¿altamente peligroso y altamente contagioso?

Los primeros informes y las inquietantes escenas de China hicieron temer lo peor. El virus se propagó rápidamente y con una aparente eficacia mortal. China recurrió a medidas drásticas. Wuhan y otras cinco ciudades fueron rodeadas por el ejército y completamente aisladas del mundo exterior.

Al final de la epidemia, las estadísticas oficiales informaban de unas 83.000 personas infectadas y menos de 5.000 muertos (11), una cifra infinitesimal en un país de 1.400 millones de habitantes. O bien el bloqueo funcionaba o el nuevo virus no era tan peligroso después de todo. En cualquier caso, China se convirtió en el ejemplo más brillante de cómo podíamos superar el SARS-CoV-2.

Más noticias perturbadoras vinieron del norte de Italia. Golpeando rápidamente, el virus dejó incontables muertos a su paso. La cobertura mediática comparó la situación con "condiciones de guerra" (12). Lo que no se informó fue que en otras partes de Italia, y también en la mayoría de los otros países, la "tasa de mortalidad" de COVID-19 fue considerablemente menor (13, 14).
¿Podría ser que la mortandad intrínseca de un mismo virus variara según el país y la región que invadiera? No es muy probable, parece.

2. ¿Qué tan peligroso es el nuevo virus "asesino"?

Comparado con los coronavirus convencionales

Calcular la verdadera amenaza que el virus representaba fue inicialmente imposible. Desde el principio, los medios de comunicación y los políticos difundieron una imagen distorsionada y engañosa basada en defectos fundamentales en la adquisición de datos y, especialmente, en definiciones médicamente incorrectas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada prueba de laboratorio positiva para el virus debía notificarse como un caso de COVID-19, independientemente de la presentación clínica (15). Esta definición representaba una infracción imperdonable de una primera regla de la infecciología: la necesidad de diferenciar entre "infección" (invasión y multiplicación de un agente en el huésped) y "enfermedad infecciosa" (infección con la consiguiente enfermedad). COVID-19 es la designación de una enfermedad grave que sólo se produce en alrededor del 10% de los individuos infectados (16), pero debido a la designación incorrecta, el número de "casos" se disparó y el virus se colocó a la cabeza de la lista de amenazas existenciales para el mundo.

Otro grave error fue que cada persona fallecida que había dado positivo en el test del virus entró en los registros oficiales como víctima de un coronavirus. Este método de notificación violaba todas las directrices médicas internacionales (17). El absurdo de dar a COVID-19 como causa de muerte en un paciente que muere de cáncer no necesita comentarios. La correlación no implica causalidad. Esta fue una falacia causal que estaba destinada a llevar al mundo a una catástrofe. La verdad que rodeaba al virus permaneció envuelta en una maraña de rumores, mitos y creencias.

Un estudio francés, publicado el 19 de marzo, trajo la primera luz a la oscuridad (6). Se agruparon dos cohortes de aproximadamente 8.000 pacientes con enfermedades respiratorias, según fueran portadores de coronavirus diarios o del SARS-CoV-2. Las muertes en cada grupo se registraron durante dos meses. Sin embargo, el número de muertes no difirió significativamente en los dos grupos y se llegó a la conclusión de que probablemente se había sobrestimado el peligro de la "COVID-19". En un estudio posterior, el mismo equipo comparó la mortalidad asociada al diagnóstico de los virus respiratorios durante los meses más fríos de 2018 a 2019 y de 2019 a 2020 (semana 47, semana 14) en el sudeste de Francia. En general, la proporción de muertes asociadas a virus respiratorios entre los pacientes hospitalizados no fue significativamente mayor en 2019-2020 que el año anterior (18). Así pues, la adición del SARS-CoV-2 al espectro de patógenos virales no afectó a la mortalidad general de los pacientes con enfermedades respiratorias.

En cuanto al número de muertes

¿Cómo se puede conciliar lo anterior con los informes oficiales del espantoso número de muertes de COVID-19? Se deben conocer dos números si se quiere evaluar el peligro de un virus: el número de infecciones y el número de muertes.
¿Cuántos fueron infectados por el nuevo virus?

Los intentos de responder a esta pregunta se vieron acosados por tres problemas:

1. ¿Qué tan confiable fue la prueba para la detección del virus?

El virus está presente en la nasofaringe por aproximadamente dos semanas, durante las cuales puede ser detectado. ¿Cómo se hace esto? El ARN viral se transcribe en el ADN y se cuantifica mediante la llamada reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El primer ensayo para el nuevo coronavirus fue desarrollado bajo la dirección del Profesor Christian Drosten, Jefe del Instituto de Virología de la Charité Berlin. Esta prueba se utilizó en todo el mundo en los primeros meses del brote (19). Siguieron las pruebas de otros laboratorios (20).

Las pruebas de PCR de diagnóstico deben normalmente someterse a una rigurosa evaluación de calidad y ser aprobadas por los organismos reguladores antes de su uso. Esto es importante porque ninguna prueba de laboratorio puede dar resultados 100% correctos. Los requisitos de control de calidad fueron esencialmente archivados en el caso del SARS-CoV-2 debido a la urgencia internacional declarada. En consecuencia, no se sabía realmente nada sobre la fiabilidad, la especificidad y la sensibilidad de las pruebas. En esencia, estos parámetros dan una indicación de cuántos resultados falsos positivos o falsos negativos se deben esperar. El protocolo de prueba del laboratorio Drosten se utilizó en todo el mundo, y los resultados de la prueba desempeñaron un papel fundamental en la adopción de decisiones políticas. Sin embargo, la interpretación de los datos era a menudo una cuestión de creencia. ¿Qué dijo el propio Drosten en Twitter (21)?

> " *Claro: Hacia el final de la enfermedad el PCR es a veces positivo y a veces negativo. Aquí, el azar juega un papel importante. Cuando se prueba a un paciente el doble de negativo y se le da de alta como curado, es posible que se pueda volver a tener resultados positivos en casa. Pero esto todavía está lejos de ser una reinfección.* "

Varios colegas médicos nos han informado de resultados similares al azar con pacientes que han sido examinados repetidamente durante su hospitalización. ¿Es particularmente sorprendente que las cabras y las papayas hayan dado positivo para el virus en Tanzania? Las críticas del Presidente de Tanzania sobre la falta de fiabilidad de los kits de prueba fueron, por supuesto, inmediatamente desestimadas por la OMS (22).

Pero hoy en día está perfectamente claro que el resultado de la prueba es propenso a errores, como lo es cada PCR (23, 24). En qué medida, y si existen diferencias significativas entre las pruebas actualmente disponibles, no puede determinarse por falta de datos.

Así que asumamos que la prueba de PCR es increíblemente buena y produce un 99,5% de resultados correctos. Eso suena, y de hecho sería, excepcional - significa que uno puede esperar sólo un 0,5% de falsos positivos. Ahora tomemos el crucero "Mein Schiff 3". Después de que un miembro de la tripulación diera positivo en el test del virus, casi 2.900 personas de 73 países fueron forzadas a la

"cuarentena de barcos". Muchos habían estado a bordo durante nueve meses. Las quejas llegaron al mundo exterior sobre las condiciones "similares a las de una prisión", los problemas psicológicos abundaban y los nervios estaban desgastados (25).

Se notificaron nueve casos positivos después de que se completaron las pruebas. Una persona que dio positivo tenía tos, las otras ocho no presentaban síntomas. ¿Pudieron pertenecer al 0,5% de los casos de falsos positivos, como tal vez el primer caso? ¿Dónde estaban los verdaderos positivos que teóricamente deben haber estado allí? ¿Fueron posiblemente probados como falsos negativos o todos los positivos fueron falsos?

En el contexto de los resultados falsos, debemos considerar lo siguiente: cuando la epidemia remitió (en Alemania, a mediados de abril), las pruebas de PCR se convirtieron en una peligrosa fuente de desinformación porque el número de nuevos casos se derivaba del "ruido de fondo" de los resultados falsos positivos. Cuando los 7.500 empleados de la Charité Berlin (uno de los hospitales universitarios más grandes de Europa) se sometieron a las pruebas del 7 al 21 de abril, el 0,33% dieron positivo (26). ¿Verdadero o falso?

Cuando las tasas de pruebas positivas caen por debajo de un cierto límite, no tiene sentido continuar con la detección masiva del virus en individuos no sintomáticos. Y no se debe tolerar el uso de números adquiridos en estas circunstancias como razón para implementar cualquier medida.

2. ¿Selectivo o representativo? ¿Quién se sometió a la prueba?

Sólo hay una forma de aproximarse al número de personas infectadas durante una epidemia por un agente que causa un gran número de infecciones inadvertidas: en los lugares de un brote, la población debe ser sometida a pruebas lo más exhaustivas posibles. Pero los científicos que pidieron esto durante la epidemia de coronavirus (27, 28) fueron ignorados.
En su lugar, el Instituto Robert Koch (RKI), la agencia del gobierno federal alemán e instituto de investigación para el control de enfermedades, estipuló al principio que sólo se debían llevar a cabo pruebas selectivas, exactamente lo contrario de lo que debería haber ocurrido. Y mientras la epidemia seguía su curso, el RKI alteró paso a paso la estrategia de las pruebas - siempre en la dirección diametralmente opuesta (29).

Al principio, sólo se debía hacer la prueba a las personas que habían estado en un área de alto riesgo y/o habían estado en contacto con una persona infectada y que también presentaban síntomas similares a los de la gripe. A finales de marzo, el RKI cambió entonces los criterios de prueba recomendados por: síntomas similares a los de la gripe y, al mismo tiempo, contacto con una persona infectada. A principios de mayo, el presidente del RKI, el profesor Lothar Wieler, anunció que las personas con "los más mínimos síntomas" debían ser sometidas a la prueba (29).

La responsabilidad de llevar a la práctica estas dudosas decisiones recae enteramente en las autoridades sanitarias locales. Un compañero de trabajo de nuestro laboratorio fue un ejemplo típico: el entrenador de su equipo de balonmano dio positivo en coronavirus. Los jugadores, todos de

diferentes distritos administrativos, fueron enviados a casa en una cuarentena de 14 días. Una jugadora desarrolló síntomas de tos y ronquera y quiso hacerse la prueba, pero se negó porque no tenía fiebre. Una jugadora de un distrito vecino no tenía síntomas pero la autoridad sanitaria local ordenó una prueba a pesar de este hecho.

Esto provocó un caos, causado por la terrible ineptitud de las autoridades de arriba a abajo. Lo que se habría necesitado urgentemente en su lugar eran estudios científicamente sólidos para aclarar las cuestiones básicas de la difusión del virus. Se debería haber probado el mayor número posible de pruebas en las zonas de brotes. Las respuestas de los anticuerpos en las que habían dado positivo podrían haberse evaluado posteriormente.

En Alemania sólo se realizó un estudio de este tipo que abordaba estas cuestiones: la investigación de Heinsberg llevada a cabo por el profesor Hendrik Streeck, Director del Instituto de Virología de la Universidad de Bonn. Consciente de la importancia de los datos preliminares, éstos fueron presentados en una conferencia de prensa - donde Streeck fue despedazado por los medios de comunicación incrédulos (30, 31). La tasa de mortalidad fue ridiculizada como imposible porque era diez veces menor que lo que los expertos reconocidos y la OMS habían estado difundiendo como hechos establecidos. Una vez terminado el estudio, se presentaron de nuevo los resultados finales que confirmaban esencialmente el informe preliminar, y los medios de comunicación volvieron a considerarlos erróneos y no concluyentes. Pero los resultados del estudio hablaban por sí mismos (32) - y contradecían la propaganda de pánico de los medios.

3. El número de pruebas realizadas influye directamente en las estadísticas de infección

Un tercer factor añadido al desorden estadístico. Imagina que quisieras contar el número de una especie de ave migratoria en un gran distrito lacustre. Hay cientos de miles, pero su dispositivo de conteo sólo puede contar 5.000 por día. Al día siguiente, le pides a un colega que te ayude, y juntos llegan a 10.000 conteos. Al día siguiente, dos colegas más se unen y se cuentan 20.000 aves. En resumen, cuanto mayor sea la capacidad de prueba/número de pruebas, mayor será el número, siempre y cuando abunden los innumerables casos no identificados, como en el caso del SARS-CoV-2 (16, 32-36). Cuantas más pruebas se realicen, más casos de COVID-19 se encontrarán durante la epidemia. Esta es la esencia de una "pandemia creada en el laboratorio".

Ahora recuerden que la prueba no tiene ni el 100% de especificidad ni el 100% de sensibilidad - lo que significa que ocasionalmente confundirían un tronco con un pájaro. Por lo tanto, incluso después de que todos nuestros pájaros se hayan ido hace mucho tiempo, todavía "encontrarías" muchos con sólo realizar un número suficiente de pruebas.

En conclusión, no existen datos fiables sobre el número real de infección en cualquier etapa de la epidemia en este país. En el pico de la epidemia, las cifras oficiales deben haber sido subestimadas en el orden de 10 o incluso más. En su declive a finales de abril en Alemania, las cifras también deben haber sido sobreestimadas.

Basar cualquier decisión política en las cifras oficiales en cualquier momento fue una falacia.

¿Cuántas muertes reclamaron las infecciones de SARS-CoV-2?

Aquí, de nuevo, tenemos el dilema de la definición: ¿qué es una "muerte por coronavirus"?

Si conduzco al hospital para hacerme la prueba y luego tengo un accidente automovilístico fatal - justo cuando los resultados de mi prueba son positivos - me convierto en una muerte por coronavirus. Si soy diagnosticado positivo para el coronavirus y salto del balcón en shock, también me convierto en una muerte por coronavirus. Lo mismo ocurre con un derrame cerebral repentino, etc. Como declaró abiertamente el presidente del RKI, Wieler, cada individuo con un resultado positivo al momento de la muerte es ingresado en las estadísticas. La primera "muerte por coronavirus" en el estado más septentrional de Alemania, Schleswig-Holstein, ocurrió en una sala de paliativos, donde un paciente con cáncer esofágico terminal buscaba la paz antes de embarcarse en su último viaje. Se tomó un hisopo justo antes de su fallecimiento que dio positivo - después de su muerte (37). También podría haber dado positivo en otros virus como el del rinoceronte, el adeno o el de la gripe, si se hubieran hecho las pruebas correspondientes.

Este caso particular no necesitó más pruebas o una autopsia para determinar la causa real de la muerte.

Sin embargo, con la aparición de una nueva y posiblemente peligrosa enfermedad infecciosa, las autopsias deben realizarse en caso de duda para aclarar la causa real de la muerte. Sólo un patólogo se aventuró a cumplir esta tarea en Alemania. En contra del consejo específico del RKI, el Profesor Klaus Püschel, Director del Instituto de Medicina Forense de la Universidad de Hamburgo, realizó autopsias a todas las "víctimas de coronavirus" y descubrió que ninguna de ellas estaba sana (38). La mayoría había sufrido de varias condiciones preexistentes. Uno de cada dos sufría de enfermedad coronaria. Otras dolencias frecuentes eran la hipertensión, la arteriosclerosis, la obesidad, la diabetes, el cáncer, las enfermedades pulmonares y renales y la cirrosis hepática (39).

Lo mismo ocurrió en otros lugares. El profesor Alexander Tzankov, patólogo suizo, informó de que muchas de las víctimas habían sufrido de hipertensión, la mayoría tenían sobrepeso, dos tercios tenían problemas cardíacos y un tercio tenía diabetes (40). El Ministerio de Salud italiano informó de que el 96% de las muertes hospitalarias de COVID-19 habían sido pacientes con al menos una enfermedad subyacente grave. Casi el 50% tenía tres o más enfermedades preexistentes (41).

Curiosamente, Püschel encontró embolias pulmonares en uno de cada tres pacientes (39). Las embolias pulmonares suelen surgir por el desprendimiento de coágulos de sangre en las venas profundas de la pierna que son arrastrados a los pulmones. Los coágulos se forman típicamente cuando el flujo de sangre se hunde en las piernas, como cuando los ancianos pasan el día sentados e inactivos. Ya se describió una alta frecuencia de embolias pulmonares en pacientes fallecidos por gripe hace 50 años (42). Así pues, no estamos a punto de descubrir una propiedad única del SARS-Cov-2 que

aumentaría su amenaza, pero sí somos testigos de la absurda situación en que los ancianos tratan de protegerse obedeciendo el cántico que suena en todo el mundo: "Quédate en casa". La inactividad física está preprogramada, ¿incluyendo las trombosis? El epidemiólogo sueco, el profesor Johann Giesecke, recomendó exactamente lo contrario: Tanto aire fresco y actividad como sea posible. ¡El hombre conoce su trabajo!

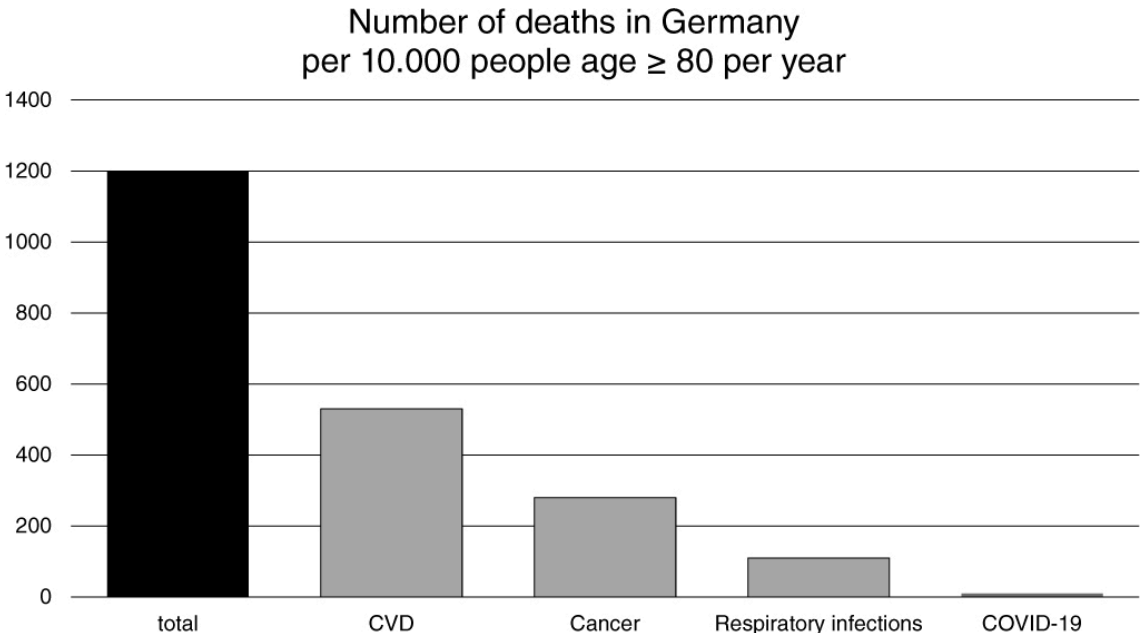
El número de víctimas mortales de COVID-19 se desconoce en las afueras de Hamburgo. La situación no era mejor en otros países. El profesor Walter Riccardi, asesor del Ministerio de Sanidad italiano, declaró en una entrevista concedida a "The Telegraph" en marzo que el 88% de las "muertes por coronavirus" italianas no se debían al virus (43).

El problema de los recuentos de muertes por coronavirus es tal que las cifras no pueden ser consideradas más que como una burda sobreestimación (44). En Bélgica, no sólo las muertes con una prueba positiva de COVID-19 entraron en las filas, sino también aquellas en las que simplemente se sospechaba de COVID-19 (45).

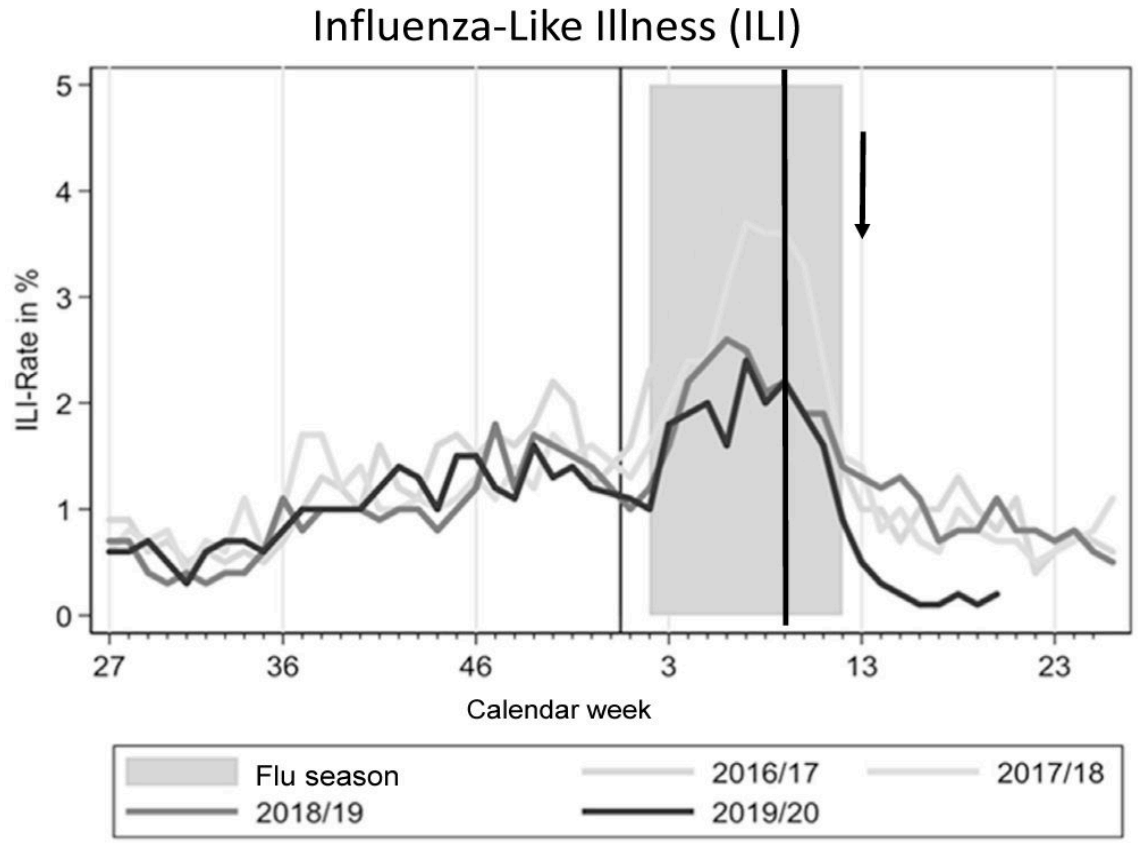
La competencia científica no parecía regir la agenda del RKI de Alemania. Afortunadamente, hay científicos que se destacan en contraste. El profesor de Stanford John Ioannidis es uno de los eminentes epidemiólogos de nuestros tiempos. Cuando quedó claro que la epidemia en Europa estaba llegando a su fin, mostró cómo las cifras oficialmente comunicadas de "muertes por coronavirus" podían utilizarse para calcular el riesgo absoluto de morir por COVID-19 (46).

El riesgo para una persona menor de 65 años en Alemania era aproximadamente tan alto como un viaje diario de 24 kilómetros. El riesgo era bajo incluso para los ancianos ≥ 80 con 10 "muertes por coronavirus" por cada 10.000 ≥ 80 años de edad en Alemania (columna del extremo derecho).

El cálculo de este número es simple. Alrededor de 8,5 millones de ciudadanos son ≥ 80 años en Alemania. Cerca de 8.500 "muertes por coronavirus" se registraron en este grupo de edad. Esto lleva a un riesgo absoluto de muerte por coronavirus de 10 por cada 10.000 ≥ 80 años. Ahora date cuenta de que cada año mueren en Alemania alrededor de 1.200 de cada 10.000 ≥ personas de 80 años (columna negra, datos de la Oficina Federal de Estadística). Casi la mitad de ellos debido a enfermedades cardiovasculares (CVD), casi un tercio por cáncer y alrededor del 10% (más de 100) debido a infecciones respiratorias. Estas últimas siempre han sido causadas por una multitud de patógenos, incluida la familia de los coronavirus. Es evidente que ahora se ha incorporado un nuevo miembro al club y que no se puede asignar al SARS-CoV-2 ninguna función especial como "virus asesino".



Esto está subrayado por otra observación. Las infecciones respiratorias graves son registradas por el RKI en el contexto de la vigilancia de la gripe. La línea vertical marca el momento en que se inició la documentación de las infecciones por SARS-CoV-2. ¿Hubo alguna vez alguna indicación de un aumento en el número de infecciones respiratorias (47)? No, el pico invernal de 2019/20 va seguido de un descenso estacional típico. Y observe que el bloqueo (flecha roja) se implementó cuando la curva casi había alcanzado el nivel de base.



Source: Homepage RKI (Fig. 1), https://grippeweb.rki.de

¿Cómo se compara el nuevo coronavirus con los virus de la gripe?

La OMS advirtió al mundo que el virus COVID-19 era mucho más infeccioso, que la enfermedad podía tomar un curso muy serio, y que no había ninguna vacuna o medicación disponible.

La OMS se abstuvo de explicar que apenas existe una medicación verdaderamente eficaz contra ninguna enfermedad viral y que cada vez se reconoce más que la vacunación contra la gripe estacional es ineficaz o incluso contraproducente. Además, la OMS ignoró dos puntos que debían ser abordados primero antes de que se pudiera realizar cualquier comparación válida de los virus.

¿Cuántas personas mueren de COVID-19 en comparación con la gripe?

La OMS afirmó que entre el 3 y el 4% de los pacientes con COVID-19 morirían, lo que superaba con creces la tasa de mortalidad de la gripe anual (48).

Esto es lo suficientemente importante como para exigir un análisis más detallado. Los virus de la gripe pasan de forma ondulatoria a través de la población. Las ondas pueden ser pequeñas en un año y altas en otro. La tasa de mortalidad es del 0,1% al 0,2% durante una temporada de gripe normal en Alemania (49), lo que se traduce en varios cientos de muertes. En cambio, en la temporada 1995/1996 hubo aproximadamente 30.000 muertes relacionadas con la gripe (50) y aproximadamente 15.000 muertes en 2002/2003 y 2004/2005.

El RKI estima que la última gran epidemia de gripe de 2017/2018 se cobró 25.000 vidas (51). Con 330.000 casos reportados, la tasa de mortalidad sería de ~8% (52). Como en todos los años anteriores, Alemania resistió esta epidemia sin implementar ninguna medida inusual.

La OMS estima que hay entre 290.000 y 650.000 muertes por gripe cada año (53).
Ahora veamos el COVID-19. En mayo, el RKI calculó que 170.000 infecciones con 7.000 muertes por coronavirus equivale a una tasa de letalidad del 4% - ¡como predijo la OMS! Conclusión: COVID-19 es realmente diez veces más peligroso que la gripe estacional (54).

Sin embargo, el número de infecciones fue por lo menos diez veces mayor porque la mayoría de los casos leves y asintomáticos no habían sido buscados y detectados (55-59). Esto nos llevaría a una tasa de mortalidad mucho más realista del 0,4%. Además, el número de muertes "verdaderas" de COVID-19 fue menor porque muchos o la mayoría habían muerto por causas distintas al virus. Una mayor corrección del número nos lleva a una estimación aproximada de 0,1% - 0,3%, que está en el rango de la gripe moderada. Esto concuerda con los resultados del profesor Streeck, que llegó a una estimación de 0,24% - 0,26% basado en los datos de su estudio de Heinsberg. La edad promedio de los fallecidos que dieron positivo fue de alrededor de 81 años (32).

Muchos investigadores de otros países han llegado a la conclusión de que la COVID-19 es comparable a la gripe estacional. En un análisis de varios estudios, Ioannidis demostró que, en función de los factores locales y la metodología estadística, la tasa media de mortalidad por infección era del 0,27% (60). Muchos otros investigadores llegaron a conclusiones similares. Así pues, todos los estudios realizados hasta la fecha muestran claramente que el SRAS-CoV-2 no es un verdadero "virus asesino" (61-71).

Gripe y COVID-19: ¿quiénes son los vulnerables?

Los virus de la gripe son peligrosos principalmente para las personas de ≥ 60 años, pero a veces también pueden causar infecciones mortales en personas más jóvenes.

Una característica destacada del virus es que después de su multiplicación y liberación, induce a la célula huésped infectada a cometer suicidio. Este es un factor predisponente importante para las superinfecciones bacterianas (72), que fueron la principal causa de muerte durante la gripe española.

Por el contrario, los coronavirus son inherentemente menos destructivos. Los pacientes muestran cambios característicos en sus pulmones, pero el hecho de que el virus sea o no mortal depende menos del virus y más del estado general de salud del paciente. Una y otra vez, aparecen informes de prensa sobre jóvenes "completamente sanos" que, sin embargo, fueron arrastrados por el virus. No conocemos ni un solo caso en el que no se haya comprobado después que la persona no estaba "completamente sana", sino que había sufrido durante años de hipertensión, diabetes u otras enfermedades que no se habían detectado.

Sensacional noticia: una mujer italiana de 103 años se recupera de COVID-19 (73)! De hecho, no fue la única anciana que sobrevivió a la infección sin problemas. La mayoría lo hizo (74). El récord lo ostenta una mujer española de 113 años (75).

Aunque la edad media de los fallecidos es superior a los 80 años en Alemania y otros países (41, 76-78), la edad en sí no es el criterio decisivo. Las personas sin una enfermedad grave preexistente no deben temer al virus más que los jóvenes. Como sabemos por el informe de Püschel y muchos otros, el SARS-CoV-2 es casi siempre la gota que colma el vaso. Aunque esto es ciertamente triste para la familia y los seres queridos, no es todavía una razón para asignar al virus un papel más importante. Debemos tener en cuenta que cada año, millones de personas mueren de infecciones del tracto respiratorio, con todo un espectro de agentes bacterianos y virales que juegan un papel causal.

No hay que olvidar que la verdadera causa de una muerte es la enfermedad o condición que desencadena la cadena letal de eventos. Si alguien que sufre de enfisema severo o cáncer en etapa final contacta con una neumonía mortal, la causa de muerte sigue siendo el enfisema o el cáncer (79, 80).

Esta regla básica es simplemente ignorada en tiempos de coronavirus. Aún peor - una vez que el resultado de la prueba del SARS-CoV-2 es positivo, (incluso falsamente) - un individuo puede permanecer marcado como víctima de COVID-19 de por vida, dependiendo de la inclinación de la autoridad responsable (81, 82). Entonces, independientemente de cuándo y por qué se produce la muerte, él o ella entrará en el registro de defunciones de COVID-19.

Así, el número de muertes por coronavirus continuará aumentando incesantemente. El temor de la población en general se ve alimentado por los informes de que el SARS-CoV-2 es mucho más peligroso que la gripe porque ataca a muchos órganos diferentes con probables consecuencias a largo plazo. Abundan los informes y publicaciones en los periódicos de que el virus se puede encontrar en el corazón, el hígado y los riñones (83). ¡¿Puede incluso llegar a nuestro sistema nervioso central?!

Tales titulares suenan aterradores. Sin embargo, obtener resultados positivos de RT-PCR para el SARS-CoV-2 en otros órganos que no sean el pulmón no es nada sorprendente. El virus utiliza receptores para entrar en nuestras células que no sólo están en la superficie de las células pulmonares. Pero hay dos cuestiones de importancia decisiva: la carga viral real y la cuestión de si los virus causan algún daño. Las concentraciones más altas de SARS-CoV-2 se han encontrado en los pulmones de los pacientes, como es de esperar. Se han detectado rastros del virus en otros órganos (83). Lo más probable es que no tengan ninguna relevancia. Hasta que se disponga de pruebas científicas que demuestren lo contrario, los hallazgos deben dejarse como lo que son: observaciones triviales.

¿Hay alguna diferencia con la gripe? No. Se sabe desde hace años que la gripe puede afectar al corazón y a otros órganos (84, 85). Todos los virus respiratorios pueden encontrar su camino hacia el sistema nervioso central (86). No hay ninguna diferencia básica con el SARS-CoV-2. De vez en cuando, los pacientes pueden sufrir consecuencias a largo plazo. Esto se aplica a todas las enfermedades virales, y son excepciones. Es la excepción la que prueba la regla.

¿Qué aprendemos de todo esto? COVID-19 es una enfermedad que enferma a algunas personas, resulta fatal para unos pocos y no hace nada al resto. Como cualquier gripe anual.

Por supuesto, siempre fue necesario tener un cuidado especial para no llevar estos agentes a personas mayores con enfermedades preexistentes. Cuando se sienta mal, absténgase de visitar a la abuela y al abuelo, especialmente si sufren una enfermedad cardíaca o pulmonar. Y quienquiera que tenga la gripe se quedará en casa de todos modos. Así es como todo ha sido y como todo debe continuar.

El hecho de que el SARS-CoV-2 no constituye un peligro público y que la infección a menudo sigue su curso sin síntomas podría tener una desventaja. Tal vez las personas asintomáticas son contagiosas y sin saberlo transmiten el virus a otros. Este temor se originó en una publicación de la que fue coautora y ampliamente difundida por Drosten, en la que se informó de que la empresaria china que infectó a un empleado de un proveedor de automóviles durante una visita a Baviera no mostró ningún síntoma ella misma (87). Esta publicación causó una sensación mundial con los efectos esperados, ya que un virus mortal que podía ser transmitido por personas sanas era similar a un asesino rápido e invisible.

Este temor se convirtió en la fuerza motriz de muchas medidas preventivas extremas, desde la prohibición de visitar a los pacientes hospitalizados hasta el uso obligatorio de máscaras.

En medio del pánico general, un hecho muy importante escapó a la atención general. La principal declaración de la publicación resultó ser falsa. Una investigación de seguimiento reveló que la mujer china había estado enferma durante su estancia en Alemania y que estaba bajo medicación para aliviar el dolor y reducir la fiebre (88). Esto no se mencionó en la publicación (87).
Otro estudio que fue publicado en abril por el laboratorio Drosten también fue criticado internacionalmente. Se refería a la cuestión del papel de los niños en la transmisión de enfermedades. Según el estudio de Drosten, los niños asintomáticos eran tan contagiosos como los adultos. Este mensaje causó gran preocupación al público en general e influyó en las decisiones posteriores del gobierno. De hecho, no existen estudios que indiquen que los niños jueguen un papel significativo como vectores de transmisión de esta enfermedad.

Sea como fuere, no había razón para medidas completamente inútiles como el cierre de escuelas y guarderías, que se sabe no hacen nada para proteger a los grupos de alto riesgo (89). Y no hay razón alguna para poner la vida social y la economía contra la pared.

¿Qué es lo que está mal en Alemania - y en todo el mundo?

Pues bien, todas las imágenes difundidas tan eficazmente por los medios de comunicación internacionales - desde Italia, España, Inglaterra y luego incluso desde Nueva York - junto con los cálculos de modelos para cientos de miles, o incluso millones de muertes - plantaron la firme convicción en la población general: Simplemente TIENE QUE SER un virus asesino!

La situación en Italia, España, Inglaterra y los EE.UU.

Desde finales de marzo, una sensación superó a la siguiente: Italia fue el país con más muertes, la tasa de mortalidad nos impactó hasta la médula; España superó a Italia (en el número de infecciones); el Reino Unido rompió el triste récord europeo, superado sólo por los EE.UU. La prensa se deleitó en difundir tantas noticias aterradoras como fuera humanamente posible.

Pero reflexionemos un poco. El impacto de una epidemia depende no sólo de las propiedades intrínsecas y de la mortandad del patógeno, sino también en gran medida de lo "fértil" que sea el suelo sobre el que se asienta. Todas las cifras fiables nos dicen que no estamos tratando con un virus asesino que arrasará con la humanidad. Entonces, ¿qué pasó en los países de los que surgieron estas espantosas imágenes?

Las respuestas detalladas a esta pregunta deben buscarse sobre el terreno. Sin embargo, varios hechos son lo suficientemente conocidos como para justificar su mención aquí. Los problemas relacionados con las estadísticas de coronavirus se extendieron por toda Italia y España. En otros lugares, las pruebas para el virus fueron generalmente realizadas en personas con síntomas similares a los de la gripe y un

cierto riesgo de exposición al virus. En el punto álgido de la epidemia en Italia, las pruebas se limitaban a pacientes gravemente enfermos al ser admitidos en el hospital. Ilógicamente, las pruebas se realizaban en pacientes fallecidos. Esto resultó en tasas de mortalidad falsamente elevadas combinadas con subestimaciones masivas de infecciones reales (90).

Ya a mediados de marzo, la fundación italiana GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata Sulle Evidenze / Grupo Italiano de Medicina Basada en la Evidencia) declaró que "el grado de gravedad y la tasa de letalidad están en gran medida sobreestimados, mientras que las tasas de letalidad en Lombardía y la región de Emilia-Romaña se debían en gran medida a los hospitales abrumados" (91).

El hecho de que no se hiciera ninguna distinción entre "muerte por" y "muerte con" coronavirus hacía que la situación fuera desesperada. Casi el 96% de las "muertes por COVID-19" en los hospitales italianos fueron pacientes con enfermedades preexistentes. Tres cuartas partes sufrían de hipertensión, más de un tercio de diabetes. Una de cada tres personas tenía una enfermedad cardíaca. Como en casi todas partes, la edad media era superior a los 80 años. Las pocas personas menores de 50 años que murieron también tenían graves afecciones subyacentes (41).

El método inexacto de informar sobre las "muertes por coronavirus" sembraba naturalmente el miedo y el pánico, haciendo que el público en general estuviera dispuesto a aceptar las irracionales y excesivas medidas preventivas instaladas por los gobiernos. Éstas resultaron tener un efecto paradójico. El número de muertes regulares aumentó considerablemente con respecto al número de "muertes por coronavirus". El Times informó el 15 de abril: Inglaterra y Gales han experimentado un número récord de muertes en una sola semana, con 6.000 más que el promedio para esta época del año. Sólo la mitad de esas cifras adicionales podrían atribuirse al coronavirus (92). Existía una preocupación bien fundada de que el encierro pudiera tener consecuencias involuntarias pero graves para la salud pública (93).

Cada vez era más evidente que las personas evitaban los hospitales incluso cuando se enfrentaban a acontecimientos que ponían en peligro su vida, como los ataques cardíacos, porque tenían miedo de contraer el virus mortal. Los pacientes con diabetes o hipertensión ya no eran tratados adecuadamente, los pacientes con tumores no eran atendidos adecuadamente.

El Reino Unido siempre ha tenido problemas masivos con su sistema de salud, su infraestructura médica y la escasez de personal médico (94, 95). Debido a Brexit, el Reino Unido también carece de los especialistas extranjeros que se necesitan con urgencia (96).

Muchos otros países tienen problemas en la misma línea. Cuando la epidemia de gripe arrasó el mundo en el invierno de 2017/2018, los hospitales de los EE.UU. se vieron desbordados, se levantaron tiendas de triaje, se cancelaron operaciones y se envió a los pacientes a casa. Alabama declaró el estado de emergencia (97-99). La situación no fue muy diferente en España, donde los hospitales se derrumbaron (100, 101), y en Italia, donde las unidades de cuidados intensivos de las grandes ciudades se paralizaron (102).

El sistema de atención de la salud italiano ha estado reduciendo su tamaño durante años, el número de camas de cuidados intensivos es mucho menor que en otros países europeos. Además, Italia tiene el mayor número de muertes por infecciones hospitalarias y bacterias resistentes a los antibióticos de toda Europa (103).

Además, la sociedad italiana es una de las más antiguas del mundo. Italia tiene la mayor proporción de personas mayores de 65 años (22,8%) en la Unión Europea (104). Si a ello se añade el hecho de que hay un gran número de personas con enfermedades pulmonares y cardíacas crónicas, tenemos un número mucho mayor en los "grupos de alto riesgo" en comparación con otros países. En resumen, muchos factores independientes se unen para crear un caso especial para Italia (105, 106).

Dado que el norte de Italia se vio particularmente afectado, sería interesante preguntar si los factores ambientales influyeron en la forma en que se desarrollaron las cosas allí. El norte de Italia ha sido apodado la China de Europa en lo que respecta a su contaminación por partículas finas (107). Según una estimación de la OMS, esto causó más de 8.000 muertes adicionales (sin virus) en las 13 ciudades más grandes de Italia en 2006 (108). La contaminación atmosférica aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares virales en los muy jóvenes y los ancianos (109). Evidentemente, este factor podría desempeñar en general un papel en la acentuación de la gravedad de las infecciones pulmonares (110).

Se han expresado sospechas de que la vacunación contra diversos patógenos como la gripe, los meningococos y los neumococos puede empeorar el curso de la COVID-19. Es necesario investigar esta posibilidad porque Italia se destaca por su amplio programa de vacunación impuesto oficialmente a toda la población.

Sin embargo, a pesar de todos estos hechos, las únicas imágenes que permanecen impresas en nuestras mentes son las escenas impactantes de largos convoyes de vehículos militares que transportan un sinnúmero de ataúdes desde la ciudad de Bérgamo, en el norte de Italia.

El vicepresidente de la Asociación Federal de Empresarios Alemanes, Ralf Michal, señaló (111): en Italia, las cremaciones son bastante raras. Por eso los empresarios de pompas fúnebres se vieron sobrecargados cuando el gobierno ordenó las cremaciones en el curso de la pandemia de coronavirus.

Los enterradores no estaban preparados para eso. No había suficientes crematorios y faltaba la infraestructura completa. Por eso los militares tuvieron que ayudar. Y esto explica las fotos de Bérgamo. No sólo no había infraestructura, sino que también había escasez de funerarias porque muchas estaban en cuarentena.

Y por último, examinemos los Estados Unidos, donde sólo algunas partes del país se vieron gravemente afectadas. En estados como Wyoming, Montana o Virginia Occidental, el número de "muertes por coronavirus" era de dos dígitos (Worldometers, mediados de mayo de 2020).

La situación en Nueva York era diferente. Aquí, los médicos estaban abrumados y no sabían a qué pacientes tratar primero, mientras que en otros estados, los hospitales estaban inquietantemente vacíos. Nueva York fue el centro de la epidemia, donde se produjeron más de la mitad de las muertes por COVID-19 en todo el país (fecha: mayo de 2020). La mayoría de los fallecidos vivían en el Bronx. Un médico de emergencia informó (112): "Estas personas llegan demasiado tarde, pero su razonamiento es comprensible. Tienen miedo de ser descubiertos. La mayoría de ellos son inmigrantes ilegales sin permiso de residencia, sin trabajo y sin seguro médico. La mayor tasa de mortalidad se registra en este grupo de personas".

Sería interesante saber cómo fueron tratados. ¿Se les administraron altas dosis de cloroquina según las recomendaciones de la OMS? Alrededor de un tercio de la población hispana es portadora de un defecto genético (glucosa-6-fosfato deshidrogenasa) que causa intolerancia a la cloroquina con efectos que pueden ser letales (113, 114). Más de la mitad de la población del Bronx es hispana.

Los países y las regiones pueden diferir tanto con respecto a una miríada de factores que no se puede obtener una verdadera comprensión de cualquier situación epidémica sin un análisis crítico de estos determinantes.

3. Situación de la corona en Alemania

La población alemana debería haber estado segura de que este país estaba bien posicionado y que no había que temer escenarios inquietantes similares a los que se ven en el norte de Italia o en otros lugares. En cambio, sucedió exactamente lo contrario. El RKI emitió advertencia tras advertencia, y el gobierno se embarcó en una cruzada de fomento del miedo que desafió toda descripción. Cualquiera que se atreviera a desafiar la advertencia de que el mundo se enfrentaba a la mayor amenaza de pandemia de todos los tiempos era difamado y censurado.

Los indicadores de cuándo las medidas eran supuestamente necesarias o ya no eran necesarias cambiaban al azar según la demanda. A principios de marzo, la tasa de duplicación del número de infecciones que al principio debía superar los 10 días, pero cuando se alcanzó este "objetivo", la tasa tuvo que reducirse aún más a 14 días. Este objetivo también se alcanzó rápidamente, por lo que hubo que emitir un nuevo criterio: el factor de reproducción ("R"), que supuestamente nos indicaba cuántas personas se infectaron por una persona contagiosa. En un principio, las autoridades decidieron que este número debía disminuir a menos de 1. Cuando esto sucedió - a mediados de marzo - se encontraron con dificultades y se propusieron reorientar el número hacia arriba aumentando el número de pruebas. A finales de mayo, un poco de pensamiento creativo condujo a la idea de definir un límite superior crítico para el número aceptable de nuevas infecciones diarias: 35 por cada 100.000 ciudadanos en cualquier ciudad o región.

Ahora reflexiona que realizando sólo 7.000 pruebas se puede esperar que se generen al menos 35 resultados falsos positivos en ausencia total del virus! Obviamente, ningún razonamiento científicamente sólido subyace en ninguno de los planes y medidas dictadas por las autoridades. No se puede enfatizar lo suficiente que las cifras de infección no son significativas si no se trata de un virus verdaderamente peligroso. El dinero y los medios no deben desperdiciarse en contar el número de resfriados comunes cada invierno.

La arbitrariedad y la falta de un plan se abren paso a través de las medidas. Al principio, las máscaras faciales eran despreciadas y no se usaban, incluso en los autobuses abarrotados. Pero cuando la epidemia terminó, se hizo obligatorio. Las tiendas de bricolaje podían permanecer abiertas mientras los mercados electrónicos tenían que cerrar. Trotar estaba bien, jugar al tenis era tabú. Cada estado tenía su propio catálogo de multas; tenía que haber castigos ya que se trataba de una "epidemia de interés nacional". ¿Pero dónde estaba la lógica detrás de todas estas medidas? Una mirada más cercana puede ayudar a explicar lo que había sucedido.

La pandemia se declara

El 11 de marzo, la OMS declaró la pandemia. Al día siguiente, los gobernadores de los estados alemanes votaron para cancelar todas las reuniones masivas. El mismo día, un informe de Francia: todas las guarderías, escuelas, colegios y universidades han sido cerradas hasta nuevo aviso. Alemania siguió el ejemplo: un día después, los estados alemanes ordenaron el cierre de todas las escuelas y

guarderías a partir del 16 de marzo. Se habló de un "tsunami", tras el cual se cobrarían innumerables vidas a menos que lográramos "aplanar la curva". De repente, todo el mundo tenía una voz y una opinión, no importaba si eran astrofísicos o periodistas en formación, y no importaba si no tenían ni idea de los conocimientos sobre enfermedades infecciosas. Se presentaron proyecciones todos los días, se nos explicó el crecimiento exponencial en cada canal, mostrándonos lo difícil que es captar o incluso detener este desarrollo porque la tasa de infección parecía duplicarse cada semana. Sin medidas estrictas tendríamos un millón de infecciones a mediados de mayo. Según el presidente del RKI Wieler, el número de muertes en Alemania se dispararía y se acercaría a las cifras italianas en pocas semanas (116).

Por primera vez, se mencionó un posible cierre. El 14 de marzo, el Ministerio Federal de Salud tweeteó (117):

> *Atención: NOTICIAS FALSAS!*
> *Se afirma y se está distribuyendo rápidamente que el Ministerio Federal de Salud/Gobierno Federal pronto anunciará más restricciones masivas a la vida pública.*
> *¡Esto NO es cierto!*

Dos días más tarde, el 16 de marzo, se anunciaron nuevas restricciones masivas a la vida pública (118). La vida pública se cerró rápidamente. Clubes, museos, ferias, cines, zoológicos, todo tenía que ser cerrado. Se prohibieron los servicios religiosos, se vallaron los campos de juego y las instalaciones deportivas. La cirugía electiva se pospondría. El objetivo principal: el sistema de salud no debe ser desbordado.

Mientras el alarmismo se expandía aquí en Alemania, alguien más levantó la voz. Alguien que realmente sabe lo que hace y de quien hemos oído hablar varias veces antes, el profesor John Ioannidis. Aquí está un resumen de su artículo "¿Un fiasco en ciernes?" (119):

La actual enfermedad del coronavirus, COVID-19, ha sido llamada una pandemia de una vez en el siglo. Pero también puede ser un fiasco de evidencia de una vez en un siglo. Carecemos de pruebas fiables sobre cuántas personas han sido infectadas con el SARS-CoV-2. En muchos países se han adoptado medidas draconianas para contrarrestar este problema. Durante los cierres de larga duración, ¿cómo pueden los responsables políticos saber si están haciendo más bien que mal? Los datos reunidos hasta ahora sobre el número de personas infectadas y la evolución de la epidemia no son en absoluto fiables.

Dada la escasez de pruebas hasta la fecha, se están pasando por alto algunas muertes y probablemente la gran mayoría de las infecciones debidas al SARS-CoV-2. No sabemos si estamos fallando en captar las infecciones por un factor de tres o 300. Ningún país dispone de datos fiables sobre la prevalencia del virus en una muestra aleatoria representativa de la población general. Las tasas de letalidad reportadas, como la tasa oficial del 3.4% de la Organización Mundial de la Salud, causan horror - y no tienen sentido. Los pacientes que se han sometido a pruebas de detección del SARS-CoV-2 son

desproporcionadamente aquellos que presentan síntomas graves y malos resultados. La única situación en la que se hizo la prueba a toda una población cerrada fue el crucero Diamond Princess y sus pasajeros en cuarentena. La tasa de fatalidades fue del 1.0%, pero se trataba de una población mayormente anciana, en la que la tasa de mortalidad por COVID-19 es mucho más alta. Añadiendo a estas fuentes adicionales de incertidumbre, las estimaciones razonables de la tasa de mortalidad en la población general de EE.UU. varían entre el 0,05% y el 1%. Si esa es la tasa real, encerrar al mundo con consecuencias sociales y financieras potencialmente tremendas puede ser totalmente irracional. Es como si un elefante fuera atacado por un gato doméstico. Frustrado y tratando de evitar al gato, el elefante salta accidentalmente de un acantilado y muere. ¿Podría ser tan baja la tasa de mortalidad del caso COVID-19? No, algunos dicen, apuntando a la alta tasa en personas mayores. Sin embargo, incluso algunos de los llamados coronavirus leves o de resfriado común que se conocen desde hace décadas pueden tener tasas de mortalidad de hasta el 8% cuando infectan a personas mayores en asilos de ancianos. De hecho, estos coronavirus "leves" infectan a decenas de millones de personas cada año, y representan entre el 3% y el 11% de las personas hospitalizadas en los EE.UU. con infecciones respiratorias inferiores cada invierno. Si no hubiéramos sabido de un nuevo virus por ahí, y no hubiéramos examinado a los individuos con pruebas de PCR, el número total de muertes por "enfermedades similares a la influenza" no parecería inusual este año. Como mucho, podríamos haber notado casualmente que la gripe esta temporada parece ser un poco peor que el promedio. La cobertura mediática habría sido menor que la de un partido de la NBA entre los dos equipos más indiferentes. Una de las conclusiones es que no sabemos cuánto tiempo se pueden mantener las medidas de distanciamiento social y los bloqueos sin mayores consecuencias para la economía, la sociedad y la salud mental.

Lamentablemente, esta voz de la razón no fue escuchada por nuestros políticos y sus asesores. En cambio, la predicción aventurada por el profesor Neil Ferguson, del Imperial College de Londres, llegó a los titulares: si no se hace nada y se permite que el virus se propague sin control, más de 500.000 personas morirán en el Reino Unido y 2 millones en los Estados Unidos (120). Esto no sólo hizo las rondas, sino que también infundió miedo en los corazones y las almas.

Por cierto, Ferguson es la misma autoridad que predijo 136.000 muertes por la enfermedad de las vacas locas (EEB), 200 millones de muertes por la gripe aviar y 65.000 muertes durante la gripe porcina - en todos los casos hubo finalmente unos pocos cientos (121). En otras palabras, se equivocó todas las veces. ¿Tienen los periodistas realmente conciencia y, si es así, por qué no comprueban los hechos antes de distribuir sus noticias? Naturalmente, aquí también se hizo evidente más tarde que la predicción de Ferguson estaba totalmente equivocada. Pero esto nunca fue reportado por los medios de comunicación.

Para el RKI, los titulares parecían ser lo correcto. Advertía de un aumento exponencial (122): "Con este crecimiento exponencial, el mundo tendrá 10 millones de infecciones dentro de 100 días si no logramos frenar el número de nuevas infecciones". Se publicaron cálculos de modelos que predecían cientos de miles de muertes en Alemania (123).

Los políticos entraron en una carrera por la popularidad de los votantes - ¿quién podría beneficiarse más? Markus Söder, Presidente del Estado de Baviera, se presentó como "Action Man", emanando fuerza y determinación frente a las cámaras, y declarando su intención de luchar contra el virus hasta el final con todos los medios a su disposición. Söder se adelanta con las primeras medidas draconianas: orden de permanencia para los bávaros a partir del 21 de marzo. Nada de visitas a los seres queridos en los hospitales. Nada de servicios religiosos. Tiendas y restaurantes cerrados. Entre otras increíbles medidas.

El bloqueo a nivel nacional

¿Qué impresión causaría en el mundo si cada estado federal de Alemania tuviera sus propias reglas? Así que las medidas fueron emuladas apresuradamente en toda la nación. El "comando de quedarse en casa" sonaba demasiado negativo, por lo que se nos presentó un "cierre" el 23 de marzo en forma de un "plan de nueve puntos". Esto significaba órdenes de confinamiento a nivel nacional. Se impuso una prohibición de contacto de gran alcance, se prohibieron las congregaciones de más de 2 personas en público. Restaurantes, peluquerías, salones de belleza, prácticas de masaje, estudios de tatuajes y negocios similares tuvieron que cerrar. Las violaciones de estas prohibiciones de contacto debían ser supervisadas por un organismo regulador y el incumplimiento debía ser sancionado. Los catálogos de sanciones se unieron apresuradamente. Algunos estados llegaron a extremos. Baviera, Berlín, Brandenburgo, el Sarre, Sajonia y Sajonia-Anhalt promulgaron decretos que permitían salir de los hogares y entrar en los espacios públicos sólo con una razón "válida". Al mismo tiempo, los hospitales estaban tan vacíos que podían alojar a pacientes de Italia y Francia (124).

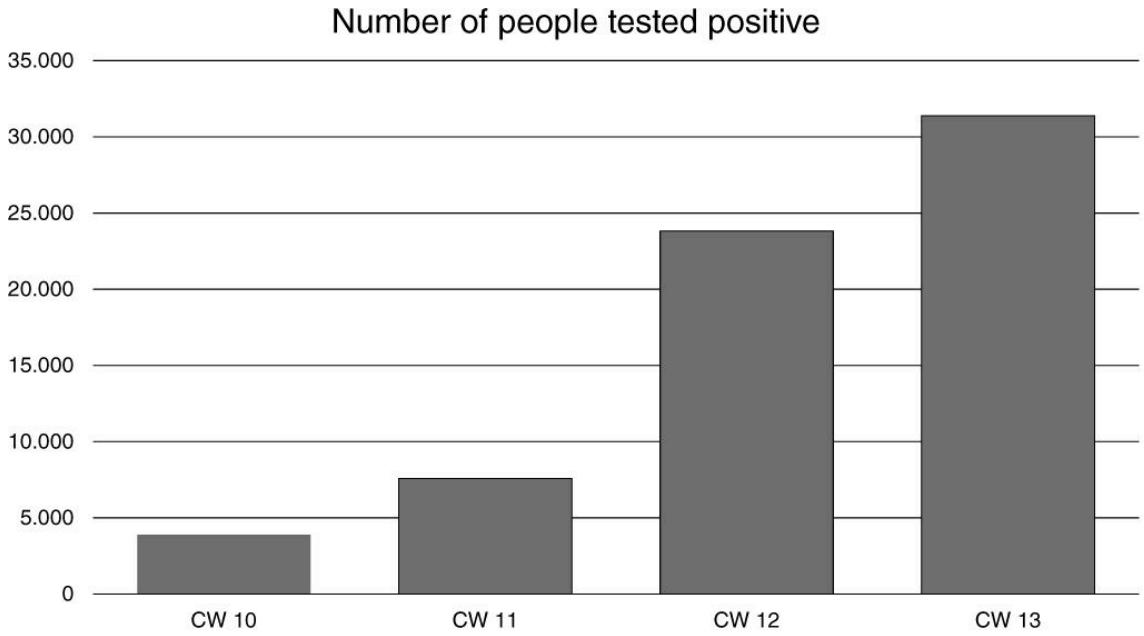
El 25 de marzo, el parlamento alemán anunció una "situación epidémica de interés nacional", de modo que dos días después se pudo aplicar la nueva "ley para proteger a la población durante una situación epidémica de interés nacional", compilada apresuradamente, que en gran medida pasó desapercibida para la población en general. Facultó al Ministerio Federal de Sanidad para determinar, por decreto, una serie de medidas que violan el primer artículo de la Constitución alemana: La dignidad humana es inviolable.

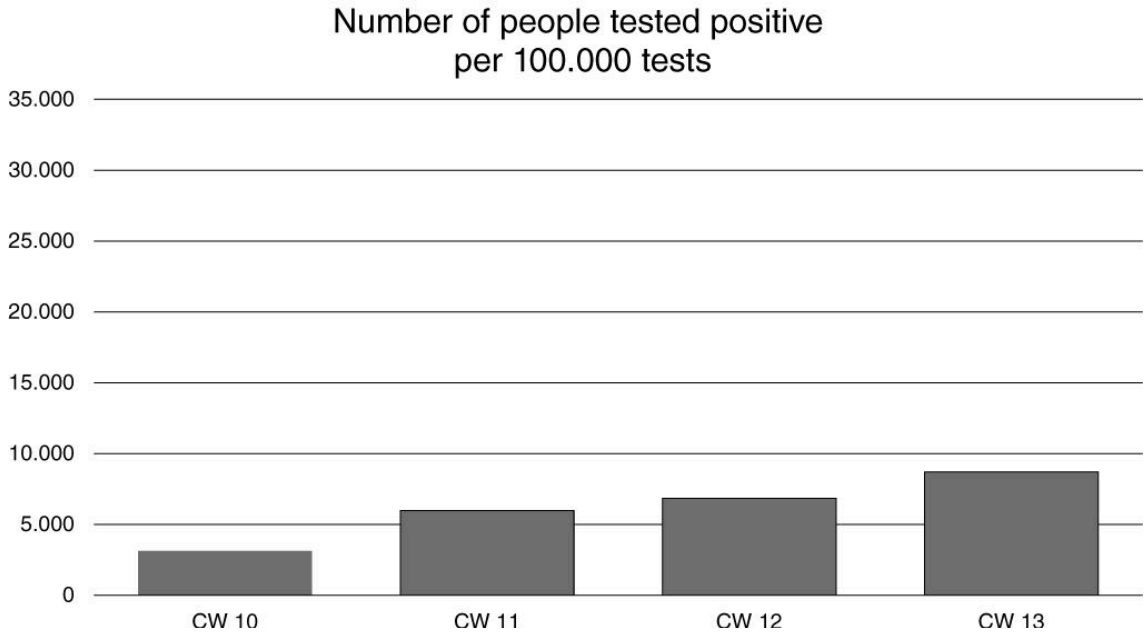
Estas decisiones políticas se tomaron en ausencia de cualquier evidencia que pudiera haberlas justificado. Por ello decidimos escribir una carta abierta a la Canciller Merkel (28) en la que se planteaban cuestiones de importancia fundamental. La intención era dar al gobierno la oportunidad de volver atrás con dignidad. Pero nuestras opiniones, y las de muchos otros que no estaban de acuerdo con la línea del gobierno, fueron ignoradas y las voces disidentes fueron desacreditadas en los periódicos y los medios de comunicación. No hace falta decir que nunca recibimos una respuesta.

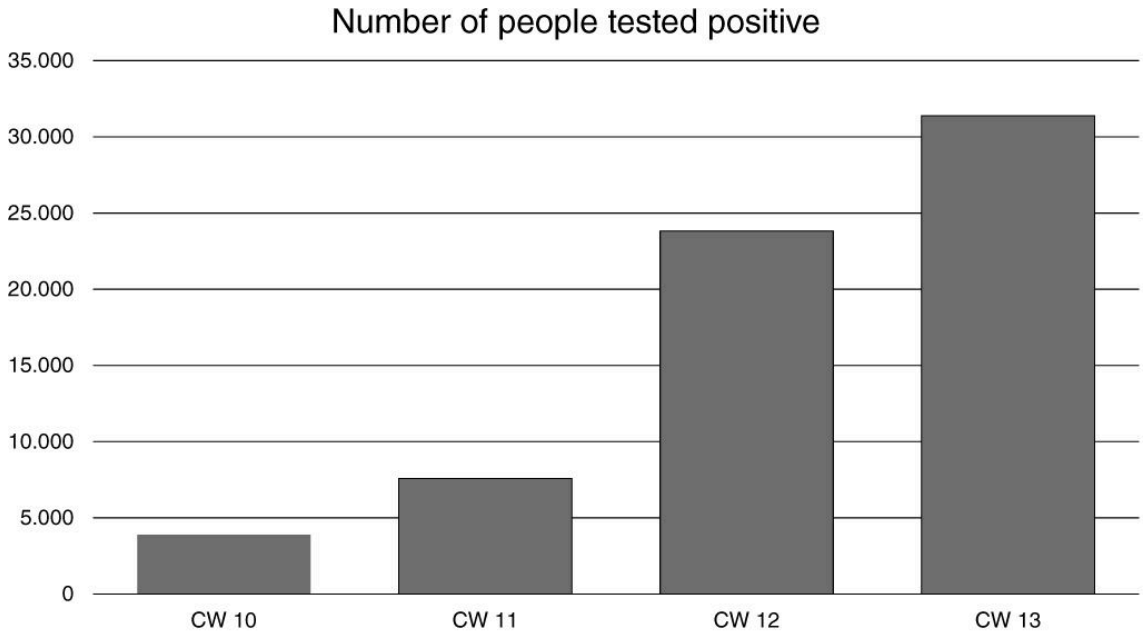
En cambio, a finales de marzo, se proclamó oficialmente que el virus seguía extendiéndose demasiado rápido. El número de casos se duplicó cada 5 días. El objetivo debe ser aplanar la curva para que el tiempo de duplicación se extienda a 10 días. Sólo así evitaríamos que el sistema de salud se vea abrumado (125).

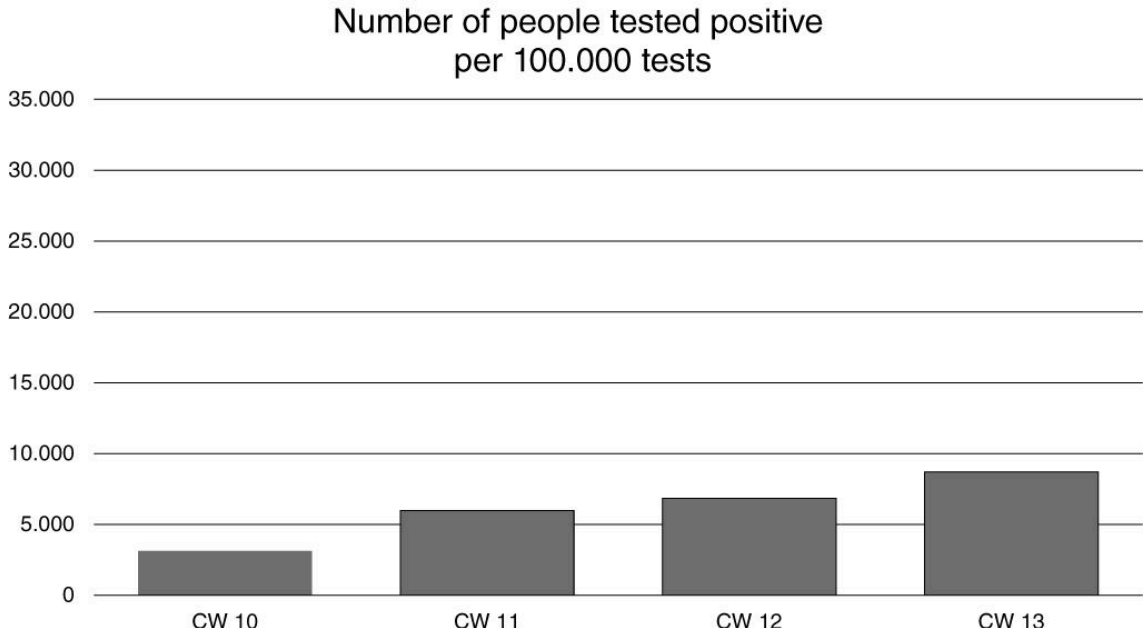
El contenido de un documento interno del Ministerio del Interior alemán (GMI) fue entonces liberado al público. Allí se supo que en el peor de los casos se preveían 1,15 millones de muertes si no se contenía el virus (126, 127). Si miramos el número de infecciones reportadas en las primeras cuatro semanas de marzo (semanas naturales (CW) 10-13), podemos ver que esto realmente parece un crecimiento exponencial, exactamente como el RKI proclamó. Y así es como se presentó en todas partes.

Sin embargo, lo que el RKI no señaló fue que en la semana natural 12 el número de pruebas se había aproximadamente triplicado y aumentado de nuevo la semana siguiente. El RKI aparentemente no se sintió obligado a la verdad y a la aclaración hacia la población. Por lo tanto, ¿están distorsionadas estas cifras? ¿Por qué no corrigieron los números? Eso se podría haber logrado declarando el número de infecciones por cada 100.000 pruebas como se muestra en el segundo diagrama.


Number of people tested positive
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
0
CW 10
CW 11
CW 12
CW 13


Number of people tested positive
per 100.000 tests
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
0
CW 10
CW 11
CW 12
CW 13



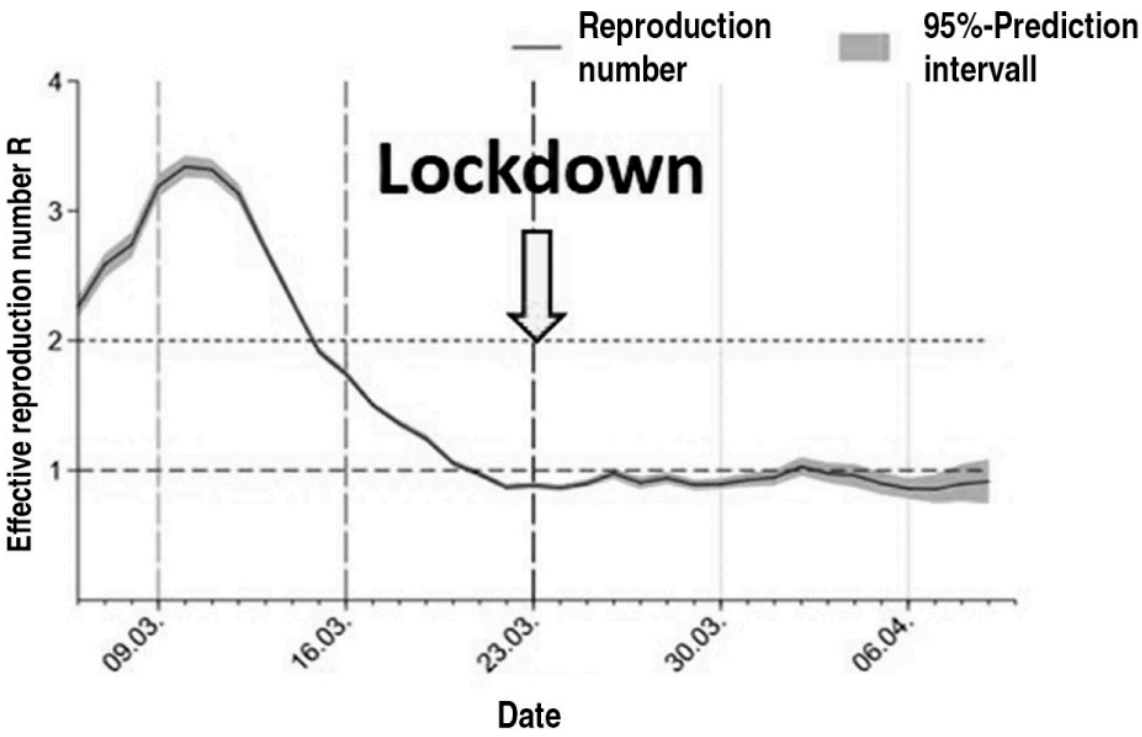


El texto del RKI debería haber sido más bien como sigue: "Queridos conciudadanos, nuestras cifras no muestran un aumento exponencial de nuevas infecciones. No hay necesidad de preocuparse".

De hecho, la epidemia está literalmente "sobre la colina", como se puede ver muy bien en la curva R del RKI, que se publicó el 15 de abril en el Boletín Epidemiológico 17 (128):

¿Qué es lo más evidente?
1) La epidemia había alcanzado su punto máximo a principios y mediados de marzo, mucho antes del cierre del 23 de marzo.

2) El cierre no tuvo ningún efecto: los números no bajaron más después de su implementación.



Abril de 2020: no hay razón para prolongar el cierre

¿Cómo se veían las cosas a mediados de abril cuando la decisión de volver a prolongar el encierro estaba pendiente?

Todo estaba muy claro ahora. Al igual que el valor R, el número de nuevos casos infectados mostraba que el pico de infección había pasado (Figura: www.cidm.online). La curva superior muestra el número de "nuevos infectados" con el aumento inicial tal y como se presentó oficialmente; la inferior muestra esos números estandarizados a 100.000 pruebas. Las columnas muestran los números reales de las pruebas realizadas.

El bloqueo se extiende

El 15 de abril, Alemania extendió el cierre. Las reglas para el distanciamiento social y las restricciones de contacto se prolongaron. En público, el distanciamiento social de 1,5 m era obligatorio y sólo se le permitía estar fuera de su domicilio con miembros de su familia y otra persona que no formara parte de su hogar. Se prolongó la prohibición de las reuniones en los lugares de culto. Se prohibieron los actos sociales. Se suavizaron algunas restricciones. Se permitió la reapertura de tiendas con un espacio comercial de hasta 800 metros cuadrados. Los concesionarios de automóviles, tiendas de bicicletas y librerías fueron excluidos de esta restricción y se les permitió abrir sus puertas sin importar el tamaño. Pero sorprendentemente, no importa si se usa una bufanda de ganchillo o una máscara facial clínica - ¡las máscaras se volvieron obligatorias!

Máscaras obligatorias

Simplemente no hay pruebas claras de que las personas que no están enfermas o que no están cuidando a un paciente deban usar una mascarilla para reducir la transmisión de la gripe o de la COVID-19 (130).

No conocemos ningún artículo científicamente sólido e indiscutible que contradiga lo siguiente:
1) No hay pruebas científicas de que las personas sin síntomas y sin tos o fiebre propaguen la enfermedad.
2) Las simples máscaras no pueden ni pueden detener el virus.
3) Las máscaras no protegen ni pueden proteger de la infección.
4) Las máscaras faciales no médicas tienen una eficacia de filtrado muy baja (131)
5) Las máscaras quirúrgicas de algodón pueden asociarse con un mayor riesgo de penetración de microorganismos (penetración del 97%). La retención de humedad, la reutilización de las máscaras de tela y una mala filtración pueden dar lugar a un mayor riesgo de infección (132).

Desde que el gobierno impuso el uso de las máscaras, muchos ancianos creyeron que eran seguras mientras las llevaban puestas. Nada más lejos de la realidad. El uso de una máscara puede entrañar graves peligros para la salud, especialmente para las personas con enfermedades pulmonares e insuficiencia cardíaca, para los pacientes con trastornos de ansiedad y pánico y, por supuesto, para los niños. Incluso la OMS declaró originalmente que el uso general de las máscaras no servía para nada (133).

¿Qué dijo el RKI? De acuerdo con el cambio de opinión política, también cambiaron sus recomendaciones anteriores y apoyaron el uso de máscaras. "Si la gente - incluso sin síntomas - usara máscaras como precaución, podría minimizar el riesgo de infección. Cabe destacar que esto no está científicamente documentado".

Un informe que afirmaba que el uso de máscaras había proporcionado efectos positivos era básicamente erróneo (134). Según el estudio, los efectos (disminución del número de infecciones) se hicieron evidentes a los tres o cuatro días de la aplicación del reglamento. Sin embargo, esto es imposible. El RKI afirma: "Un efecto de las respectivas medidas sólo puede verse después de un retraso de 2-3 semanas porque además del período de incubación (hasta 14 días) hay un tiempo de retraso entre la enfermedad y la recepción de los informes". (135)

De hecho, no hay ningún estudio que sugiera siquiera que tiene sentido que los individuos sanos lleven máscaras en público (136, 137). Se podría sospechar que la única razón política para hacer cumplir la medida es fomentar el miedo en la población.

Último argumento para la extensión del bloqueo: ¿la inminente segunda ola?

Los constantes expertos del gobierno que infunden miedo, obviamente persiguen el mismo objetivo.

En Alemania, Drosten advirtió una y otra vez. Y de alguna manera parecía como si cada país tuviera su propio "Drosten".

A finales de abril, volvió a fantasear con la gran ola de Alemania, ahora, por supuesto, la segunda gran ola (138): "Si el valor R por descuido... fuera una vez más, más de 1 y por lo tanto aumentara exponencialmente la propagación del virus, esto probablemente tendría consecuencias devastadoras. Dado que la ola de infección comenzaría en todas partes al mismo tiempo, tendría un impulso diferente".

¿Pero de dónde debería venir esta segunda ola de infección?

Drosten: Podemos aprender esto de la gripe española. Comenzó al final de la Primera Guerra Mundial, y la mayoría de los 50 millones de víctimas murieron durante la segunda ola.

Eso es cierto. Pero en la época de la gripe española, no había antibióticos disponibles para tratar las infecciones bacterianas secundarias que eran la principal causa de muerte (139). En consecuencia, murieron personas de todas las edades. Quienquiera que compare el COVID-19 con la gripe española o no tiene ni idea o intenta deliberadamente propagar el miedo.

Está claro que los virus cambian pero no desaparecen simplemente. Así como siempre ha habido una temporada de gripe, también ha habido una temporada de coronavirus (140).

Aquí vemos el curso típico de una epidemia de coronavirus (141):
¿Parece vagamente familiar y recuerda a nuestros datos del RKI con el pico de marzo?
Pero esperen, ¡este estudio finlandés proviene de 1998!

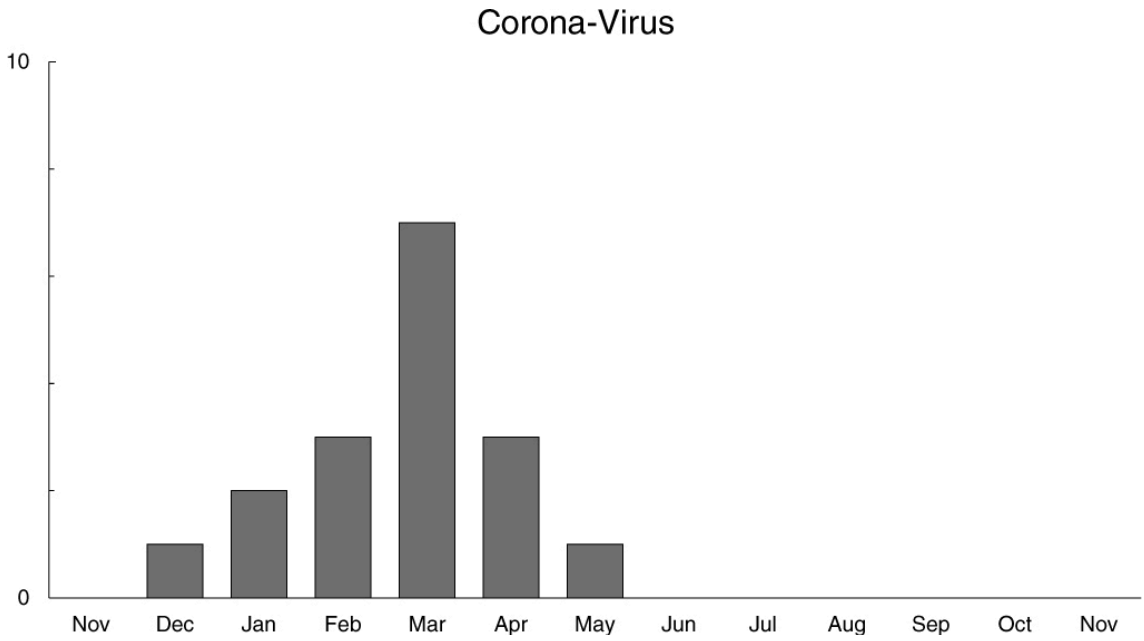
Así que si algún gobierno decide que quiere una segunda ola, todo lo que tiene que hacer es aumentar radicalmente el número de pruebas en la temporada anual de coronavirus. Esta simple manipulación no dejará de desencadenar la próxima pandemia de laboratorio.

Relajando las restricciones con el freno de emergencia aplicado

El profesor Stefan Homburg, Director del Instituto de Finanzas Públicas de la Universidad de Hannover, no se cansó de explicar por qué los propios números del RKI pedían el cese inmediato de todas las medidas (142).

No fue el único, varios otros alzaron sus voces. Pero las opiniones críticas fueron completamente ignoradas. ¿Por qué? ¿Tenía el gobierno un contrato exclusivo con Drosten, que sigue advirtiendo y

advirtiendo: al aflojar las restricciones, Alemania se arriesga a perder su liderazgo en la lucha contra la pandemia (143).



Pero finalmente llegó el momento. El comienzo de mayo fue testigo de una cautelosa reapertura de las tiendas. Las escuelas y guarderías pronto podrían admitir niños de nuevo. Las restricciones de contacto se relajaron ligeramente y la vida se reinició, pero a un ritmo dolorosamente lento.

Pero el RKI advierte y advierte y advierte (144): "El factor de reproducción es más de 1 una vez más. Está en 1,1, para ser exactos... ".

Horror de los horrores, ¿fuimos demasiado precipitados? Muchos se desconcertaron al ver que el factor R diario fluctuaba de forma errática. Esto, por supuesto, se debió al hecho generalmente desconocido de que cuando los números de infección son muy bajos, el factor R puede ser manipulado a voluntad simplemente alterando el número de pruebas realizadas.

Y entonces, el gran susto: ¿Es posible que tengamos un exceso de mortalidad (145)?
¿Exceso de mortalidad? ¿En serio? ¿Podría tener algo que ver con los daños colaterales invocados por las medidas injustificadas? Esta pregunta fue planteada por un alto miembro de la división de análisis de riesgos del Ministerio del Interior alemán. Elaboró un notable documento en el que se analizaban meticulosamente los riesgos de los daños colaterales. Llegó a la conclusión de que las medidas eran excesivas y que causaban inmensos e irreparables daños colaterales sin aportar ningún beneficio real. La sinopsis del documento fue enviada a diez expertos externos, entre los que nos incluimos, para que comprobaran los números.

Luego intentó presentar el documento al Ministro: sin éxito. Luego envió el documento a sus colegas de las divisiones de evaluación de riesgos de todo el país. Y fue suspendido por sus esfuerzos.

¡El cierre se ha vuelto a extender!

A finales de mayo, justo antes de que expirara el acuerdo sobre las restricciones de contacto entre el gobierno y los estados federales, se proclamó una nueva prórroga de las medidas hasta el 29 de junio.

El 25 de mayo, el Ministro de Salud, Jens Spahn declaró en el diario alemán más difundido, "Bajo ninguna circunstancia debe darse la impresión de que la pandemia ya ha terminado".

Sólo la canciller Merkel podía superar esto, y así lo hizo 4 días después. En una declaración histórica, ella anuncia a la nación deprimida: "¡La pandemia acaba de empezar!"

Y esto en un momento en que las epidemias estaban por toda Europa.

Pero una extensión del bloqueo parecía tener sentido a la luz de un reciente artículo publicado en *Nature*, una de las revistas científicas más prestigiosas del mundo. Sólo los grupos de investigación de alto nivel tienen posibilidades reales de ver sus nombres impresos en esta revista. El Imperial College de Londres reunió a un grupo de este tipo, entre los cuales el nombre de Neil Ferguson puede sonar.

En un estudio notable, los investigadores presentaron un análisis por ordenador que mostraba que el bloqueo global había salvado muchos millones de vidas (147).

Sólo unos pocos sabían que una serie de protestas de científicos de prestigio internacional llovió a la oficina de *Nature*. Todas apuntaban a los defectos fundamentales del análisis que habían hecho que se sacaran conclusiones falsas. Correctamente manejados, los datos mostraron en realidad lo contrario: el bloqueo no había tenido ningún efecto en el curso de la pandemia. Los lectores que deseen leer el artículo no deben olvidar los comentarios críticos que siguen al artículo (148).

Así, mientras que otros países como Dinamarca no recomendaron en ningún momento que las personas sanas que se desplazan en público llevaran generalmente máscaras faciales (149) y otros países como Letonia iban por buen camino hacia la libertad, Merkel y sus amigos decidieron no dar demasiada libertad a su pueblo. ¡Las máscaras deben permanecer puestas!

Declaramos en un comunicado de prensa que considerábamos muy importantes las conclusiones del documento. Pero el Ministerio ridiculizó el documento, diciendo que no era más que una opinión privada (146). Los medios de comunicación se acercaron y consideraron el caso cerrado.

4. ¿Demasiado? ¿Demasiado poco? ¿Qué ha pasado?

Hospitales sobrecargados

Las imágenes de Italia y España incitaron al miedo. ¿Gente con enfermedades mortales y sin ventiladores disponibles? Qué terrible. Las muertes eran representadas como ahogamientos lentos y despiadados. Se nos mostró lo que sucede cuando la capacidad del hospital llega a sus límites y más allá. Durante todas las deliberaciones acerca de lo que se iba a hacer en Alemania, siempre existió - en primer lugar - el temor alimentado por el RKI de que tales escenarios que ocurrían en Alemania no pudieran ser descartados. Como resultado, se compraron ventiladores, se mantuvieron en reserva las camas de cuidados intensivos, se pospusieron o cancelaron las operaciones. En Berlín se construyó apresuradamente un nuevo hospital para 1.000 pacientes - en 38 días - y luego, cuando se completó, no había ni un solo paciente a la vista (150).

Simplemente debemos mirar más de cerca esto. A principios de marzo se hizo evidente que la epidemia estaba arrasando Alemania. ¿Estaba nuestro sistema de salud bien preparado? El profesor Uwe Janssens, presidente de la Asociación Interdisciplinaria de Cuidados Intensivos y Medicina de Emergencia, dio el visto bueno en el "Deutschlandfunk" (Servicio Mundial Alemán) (151): "¡Tenemos suficientes camas de cuidados intensivos!". Incluso si tuviéramos tantas infecciones de coronavirus como en Italia, teníamos aproximadamente 28.000 camas en las unidades de cuidados intensivos, 25.000 de las cuales estaban equipadas con ventiladores, así que casi 34 camas por cada 100.000 ciudadanos. Esto era como ningún otro país de Europa. El profesor Reinhard Busse, líder del campo especializado "Gestión del sistema de atención sanitaria" en la Universidad Técnica de Berlín, también dio el visto bueno: "Incluso si tuviéramos condiciones como las de Italia, no estaríamos ni cerca de estar sobrecargados" (152).

Pero el RKI siguió fomentando el miedo. El "número de camas de cuidados intensivos no será suficiente", anunció a principios de abril Wieler, presidente del RKI y veterinario entrenado (153). ¿Por qué? Wieler explicó: "La epidemia continúa y el número de muertes seguirá aumentando".

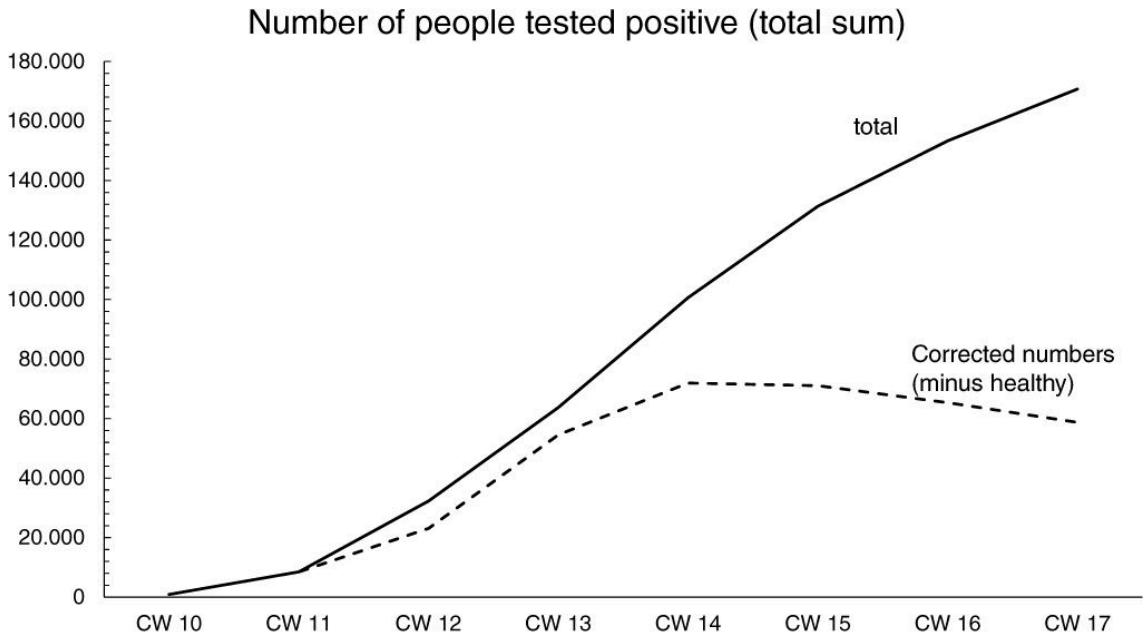
En realidad, la verdadera explicación - mantenida bajo llave en ese momento - era bastante diferente. Salió a la luz en mayo, cuando un documento previamente confidencial apareció en la página web del Ministerio del Interior alemán (154). El impactante contenido confirmaba los rumores que circulaban. El documento, que data de mediados de marzo, era el acta de una reunión del grupo de trabajo sobre coronavirus. Allí, uno se sorprendió al saber que el alarmismo era la agenda oficial creada para manejar la epidemia. Todas las piezas del rompecabezas cayeron en su lugar. Todo había sido planeado. El alto número de infecciones fue reportado a propósito porque el número de muertes "sonaría demasiado trivial". El objetivo central era lograr un efecto de choque masivo. Se dan tres ejemplos de cómo despertar los temores primarios en la población general:

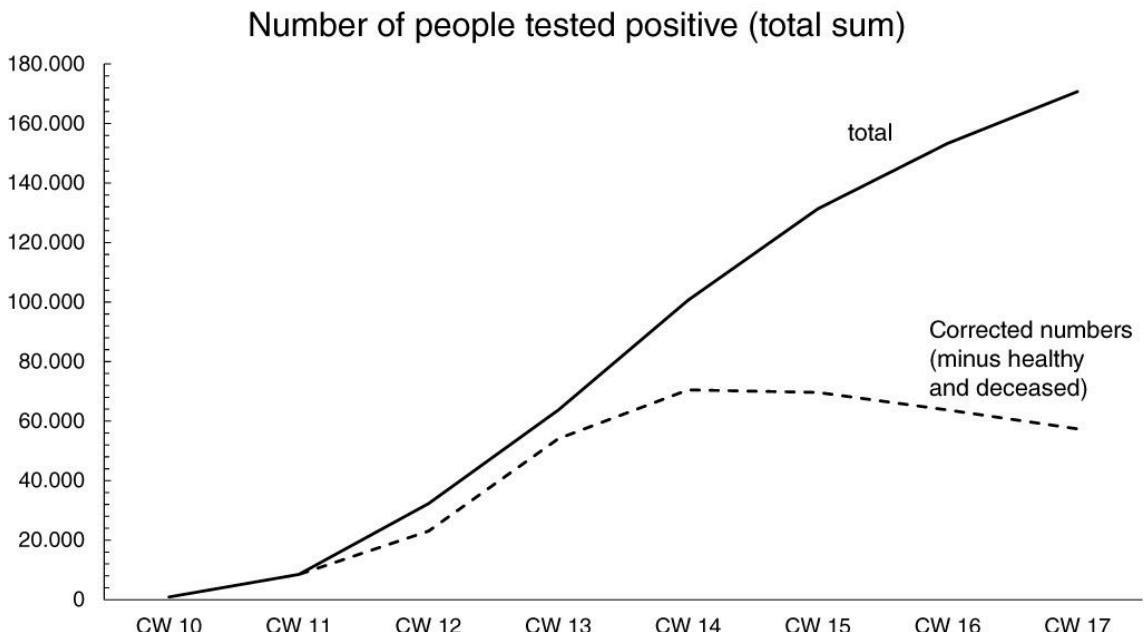
1) La gente debería asustarse con una descripción detallada de la muerte por COVID-19 como "ahogamiento lento". Imaginar la muerte por una insoportable y lenta asfixia incita al mayor de los temores.
2) Se debe decir a la gente que los niños son una fuente peligrosa de infección porque sin quererlo llevan el virus mortal y matan a sus padres.
3) Las advertencias sobre las alarmantes consecuencias tardías de las infecciones de SARS-CoV-2 debían ser dispersadas. Aunque no se probara formalmente su existencia, asustarían a la gente.

En conjunto, esta estrategia permitiría que todas las medidas previstas se aplicaran con la aceptación general del público.

¡HORRIBLE!

Ahora que el método en la locura es conocido, se hace más comprensible por qué Wieler se adhirió firmemente a sus proyecciones. Se utilizaron números de infecciones para calcular el número de camas de cuidados intensivos que se necesitarían, sin tener en cuenta que el 90% de los individuos infectados no caerían seriamente enfermos. Y que la mayoría de los pacientes que requerían hospitalización se recuperarían y serían despedidos.





Simplemente añadiendo el número diario de nuevas infecciones a la curva (curvas superiores del gráfico) no tenía sentido. Las recuperaciones deberían haberse restado del número de personas sometidas a pruebas positivas si se hubiera buscado realmente un indicador realista de la carga hospitalaria.

Estrictamente hablando, también habría que restar los fallecidos, pero como había tan pocos - trágico y triste como era para cada caso individual, no había ninguna diferencia en la representación gráfica.

El hecho es que nunca estuvimos en riesgo de que nuestro sistema de salud se colapsara. A mediados de abril no había ninguna razón para tomar medidas adicionales. Todo debería haber sido revocado inmediatamente. Mientras los hospitales esperaban a los pacientes con coronavirus inexistentes, los

que realmente necesitaban tratamiento no eran admitidos. Las camas estaban vacías. Los hospitales tuvieron problemas financieros. Muchos solicitaron trabajo a corto plazo para médicos y personal de enfermería - en medio de la crisis imaginada (155). La situación en otros países era similar. Miles de médicos estadounidenses fueron puestos en licencia administrativa porque el número de visitas ambulatorias de rutina disminuyó de forma abrumadora (156).

¿Falta de ventiladores?

Al comienzo de la pandemia, los expertos sostuvieron que la ventilación invasiva sería un requisito de primera línea para rescatar a los pacientes de COVID-19 de una horrible muerte por asfixia. Al mismo tiempo, esta medida reduciría al mínimo el riesgo de infección del personal médico. Como consecuencia, el gobierno alemán decidió comprar y almacenar miles de ventiladores en reserva.
Esto resultó ser una muy mala apuesta (157-161).

Los pacientes ventilados artificialmente requieren una atención muy cercana (162). El oxígeno es forzado a través de un tubo hacia los pulmones. No es raro que las bacterias hagan autostop y luego causen una neumonía que ponga en peligro la vida. El riesgo de estas infecciones adquiridas en el hospital aumenta día a día, por lo que los estudiantes de medicina aprenden que el ventilador no debe usarse más de lo absolutamente necesario.

Por el contrario, los pacientes de COVID-19 a menudo fueron puestos en ventilación temprano y sin necesidad real, y se les mantuvo en el aparato mucho más tiempo del que deberían haber estado. ¿Por qué? Porque se estipuló oficialmente que la ventilación invasiva era el mejor medio para reducir el riesgo de propagación del virus por medio de aerosol al personal. Sin embargo, los aerosoles probablemente no juegan un papel importante en la transmisión de enfermedades (163). El mero hecho de que el SARS-CoV-2 se pueda encontrar en las gotas de aerosol (164) no significa que esté allí en cantidades suficientes para causar la enfermedad (165).

¿Cuántas vidas se perdieron a causa de este consejo?

Muchos especialistas afirmaron posteriormente que los pacientes con COVID-19 fueron intubados y ventilados durante demasiado tiempo y con demasiada frecuencia (160, 161). Los riesgos eran altos y el éxito más que cuestionable. El profesor Gerhard Laier-Groeneveld, de la clínica pulmonar de Neustadt, aconsejó que se evitara la intubación en cualquier caso. Sus pacientes de COVID-19 recibieron oxígeno con simples mascarillas respiratorias y no perdió ni una sola vida (160).

El profesor Thomas Voshaar, Presidente de la Asociación de Clínicas de Neumología, compartía la misma opinión (161). Señaló que las elevadas tasas de mortalidad en otros países "deberían ser motivo suficiente para cuestionar esta estrategia de intubación precoz". En el momento de su informe, había ventilado mecánicamente a uno de sus 40 pacientes. El paciente murió posteriormente. Todos los demás sobrevivieron.

He aquí una versión abreviada de una entrevista radiofónica con el médico paliativo Dr. Matthias Thöns (166): "La política actual tiene una orientación muy unilateral hacia los tratamientos de cuidados intensivos, hacia la compra de más ventiladores y la oferta de camas en la UCI como recompensa. Pero debemos recordar que la mayoría de los pacientes gravemente enfermos de COVID-19 son personas muy ancianas con múltiples enfermedades subyacentes; el 40% de ellos vienen muy dependientes de los cuidados de las instalaciones de vida asistida. Anteriormente, este grupo normalmente recibía más paliativos en lugar de cuidados intensivos. Pero ahora, se diagnostica una nueva enfermedad y toda esta base de clientes se convierte en pacientes de cuidados intensivos".

Señala que según un estudio chino, el 97% muere a pesar de la terapia máxima (incluyendo la ventilación). De los que sobreviven, sólo un pequeño número es capaz de volver a sus vidas anteriores, muchos de ellos con graves discapacidades. Estas son circunstancias que la mayoría de los ancianos se negarían a arriesgar. Dice con razón que a los pacientes críticamente enfermos se les debe decir abiertamente la verdad sobre su condición. Ellos mismos deberían decidir qué curso desean tomar: tratamiento de cuidados intensivos en aislamiento, o tratamiento sintomático en el círculo de seres queridos. La voluntad individual debe tener la máxima prioridad. Thöns está seguro de que la mayoría de la gente preferiría la segunda opción.

¿Fueron apropiadas las medidas?

Se hizo evidente bastante pronto que el SARS-CoV-2 no era un virus asesino y que nunca había habido un aumento exponencial de nuevas infecciones. El precio por intentar contener el virus era absurdamente alto.

¿Qué hizo bien el gobierno?

Los autores no tienen respuesta a esta pregunta. Esperan recibir la suya.

¿Qué hizo mal el gobierno?

Proclamó una epidemia de preocupación nacional que no existía
Privó a los ciudadanos de sus derechos
Tomó decisiones arbitrarias en vez de basadas en pruebas
Propagó intencionalmente el miedo
Impuso un cierre sin sentido y el uso de máscaras
Devastó la economía y destruyó los medios de vida
Perturbaba el sistema de atención de la salud
Infligió un inmenso sufrimiento a la población

¿Qué debería haber hecho nuestro gobierno?

Debería haber hecho lo que el canciller y los ministros declararon solemnemente cuando juraron el cargo:

"*Juro que usaré mi poder para el BIENESTAR del público alemán, para promover sus VENTAJAS, para prevenir DAÑOS, para PRESERVAR y DEFENDER la constitución y los estatutos federales, para cumplir diligentemente con mi deber y practicar un trato justo hacia todos*."

5. Daños colaterales

El Dr. David L. Katz, Presidente de la Iniciativa de Salud Verdadera, preguntó el 20 de marzo si nuestra lucha contra el coronavirus era peor que la enfermedad (167). ¿No podría haber medios más específicos para combatir la enfermedad? ¿Qué hay de todos los daños colaterales?

El profesor de Stanford Scott Atlas dijo durante una entrevista que bajo el supuesto erróneo de que tenemos que contener el COVID-19, hemos creado una situación catastrófica en el sector de la salud (168). Se generaron temores irracionales porque la enfermedad en su conjunto es leve. Por lo tanto, no hay razón para realizar pruebas exhaustivas en la población general y sólo debe hacerse cuando sea apropiado, es decir, en hospitales y hogares de ancianos. A finales de abril, Atlas publicó un artículo titulado "Los datos están en - detener el pánico y el aislamiento total" (169).

En Alemania, Wolfgang Schäuble, presidente del parlamento alemán, declaró que no todo debe estar absolutamente subordinado a la protección de la vida (170).

"*Si hay algo que tiene un valor absoluto en nuestra constitución, es la dignidad humana que es inviolable. Pero eso no impide que tengamos que morir*."

Los medios de comunicación inmediatamente volvieron a encenderse con justa repugnancia: "*Dignidad humana contra vida humana - ¿puedes equilibrar una contra la otra?*" (171).

Muchos todavía no comprenden que hemos sacrificado ambas.

Los partidarios de las medidas inútiles argumentan que toda persona tiene derecho a envejecer lo más posible. Incluso si el virus fuera sólo la gota que colmó el vaso, sigue siendo culpable. Sin el virus, el fallecido puede haber vivido meses o incluso años más. Es nuestro deber moral sacrificar nuestros deseos y necesidades personales cuando las vidas de otros están en juego. La economía puede recuperarse, los muertos no. El mantra de Merkel, cantado día y noche por sus ardientes seguidores: "Proteger la salud de nuestros ciudadanos debe, a toda costa, seguir siendo nuestro objetivo supremo". Por muy honroso que parezca, revela una alarmante incapacidad para comprender la esencia del bienestar público. Los siguientes números ya han sido presentados, pero debido a su importancia, se repetirán aquí. Durante el curso de toda esta epidemia, un máximo de 10 de cada 10.000 personas mayores de 80 años han muerto con o por el virus. El número de muertes "verdaderas" de COVID-19 no puede ser superior a 1-2 por cada 10.000. ¿Cuántas vidas humanas fueron realmente prolongadas por las horrendas medidas? ¿Tal vez 2-4 por cada 10.000? ¿O incluso 4-8? Pero definitivamente no más. ¿Y a qué costo?

El único empleado de la GMI que se atrevió a compilar un análisis de los daños colaterales del sistema de salud fue suspendido. El gobierno no estaba interesado. No se puede poner nada sobre la vida humana. Pero, ¿cuáles son las consecuencias para la salud y el bienestar de la población si la economía colapsa y la gente se enfrenta al final de su existencia?

Consecuencias económicas

Golpeará a todos los países. La crisis económica mundial podría sumir a 500 millones de personas en la pobreza, así lo afirma un documento de posición de la ONU (172).

La Reserva Federal de EE.UU. (FED) espera un dramático descenso de hasta el 30% en el rendimiento económico americano (173). El director de la FED, Jerome Powell, asume un aumento del 20% al 25% en la tasa de desempleo. Casi 36,5 millones de personas han perdido sus trabajos. Es "la pérdida de empleo más traumática en la historia de la economía de EE.UU.", dice Gregory Daco, economista jefe de EE.UU. del Instituto de Economía de Oxford (174).

La comisión de la UE predice una profunda recesión de magnitud histórica para Europa (175).

Según su pronóstico, la economía se contraerá un buen 7% y no se recuperará completamente en el próximo año.

También en Alemania la economía comienza a desmoronarse. Desde la segunda mitad de marzo ha bajado al 80% del rendimiento económico normal (176). La compensación por reducción de horas se registra para unos 10 millones de empleados. Sin la reducción de horas, la tasa de desempleo habría aumentado dramáticamente, similar a la de los EE.UU. En abril tenemos "sólo" 300.000 desempleados adicionales (177). Pero este no será el final de la historia, ni mucho menos.

El gobierno se jactó de que están tejiendo redes de seguridad, el "mayor paquete de rescate en la historia de Alemania" ayudará a mitigar los daños colaterales (178). Pero ese paquete de rescate es ridículo en relación con el daño que se ha hecho. Innumerables personas están cayendo a través de la red. Las existencias han sido destruidas y se han perdido vidas. No pueden ser salvadas por las redes de seguridad.

Interrupción de la atención médica

Muchos de los enfermos tenían miedo de visitar los hospitales por temor a contraer el "virus asesino". - A menudo las personas mayores preferían no "ser una carga" para sus médicos, que pensaban que estaban luchando para salvar a los pacientes de COVID-19.

Los pacientes que requerían exámenes médicos eran rechazados, todo lo que no se consideraba de "vital importancia" era cancelado o pospuesto.

No se realizaron exámenes médicos.

Las operaciones se pospusieron para liberar capacidad para los "pacientes con coronavirus".

La violencia doméstica contra las mujeres y los niños aumentó.

El número de suicidios aumentó.

Drogas y suicidio

Tras la crisis financiera de 2008, el número de suicidios aumentó en países de todo el mundo. Según el National Health Group Well Being Trust, el desempleo, la caída de la economía y la desesperación podrían llevar ahora a 75.000 estadounidenses al abuso de drogas y al suicidio (179). El gobierno australiano estima que el aumento de los suicidios es del 50% (180), cifra diez veces superior a la de las "muertes por coronavirus". También se prevé que el desempleo y la pobreza aumenten notablemente las tasas de suicidio en Alemania (181).

Ataque al corazón y derrame cerebral

El desempleo aumenta el riesgo de sufrir un ataque cardíaco en una medida comparable a la del consumo de cigarrillos, la diabetes y la hipertensión (182). Pero, ¿a dónde desaparecieron todos los pacientes con ataques cardíacos? Los ingresos en las unidades de cuidados de emergencia disminuyeron un 30% en comparación con el mes anterior. No porque los pacientes se hayan curado milagrosamente, sino porque estaban aterrorizados de contraer el virus mortal en el hospital. Los síntomas preliminares no fueron atendidos, aunque tales síntomas son a menudo el presagio de un ataque mortal y necesitan ser atendidos de cerca en el hospital.

"Este es un desarrollo muy peligroso... Ahora hay un 50% menos de pacientes con síntomas leves en la sala de emergencias", explica el Dr. Sven Thonke, médico jefe de la Clínica de Neurología de Hanau en una entrevista para el periódico (181). Muchas apoplejías pendientes causan inicialmente síntomas leves como mareos, problemas de habla, visuales y debilidad muscular. Thonke: "Ahora hay un 50% menos de pacientes con síntomas leves en la sala de emergencias". Esto es extremadamente preocupante porque la mayoría de las veces los síntomas leves anuncian el derrame cerebral grave que puede ser rápidamente fatal si no se atiende inmediatamente la emergencia.

Otras dolencias

Según el instituto científico de la AOK (compañía alemana de seguros de salud), los siguientes diagnósticos bajaron considerablemente en abril: 51% menos de enfermedades respiratorias, 47% menos de enfermedades del tracto digestivo, y 29% menos de lesiones e intoxicaciones (183).

El cuidado de los pacientes con tumores fue catastrófico. La vigilancia del tratamiento de los tumores ya no se realizaba a los niveles requeridos. Los exámenes de control se pospusieron o cancelaron. Los pacientes esperaban agonizantes la siguiente cita, solos con sus temores y con la única pregunta que les quedaba: cuánto tiempo les quedaba.

Operaciones canceladas

30 millones de cirugías electivas fueron pospuestas o canceladas en todo el mundo durante las primeras 12 semanas de la pandemia (184). En 2018, se realizaron 1,4 millones de operaciones en promedio cada mes. El 50-90% de todas las operaciones programadas se pospusieron o no se realizaron en marzo, abril y mayo de 2020. Esto se traduce en al menos 2 millones de operaciones que normalmente se habrían realizado. Las consecuencias deben ser profundas.

Otras consecuencias para los ancianos

En Alemania, más de 1.000 personas mayores de 80 años mueren cada día (185). Mientras tomamos medidas drásticas para evitar que mueran de COVID-19, hacemos que sus vidas valgan menos la pena. Esto no puede sino afectar a la esperanza de vida.

La calidad de vida

Especialmente en la vejez - cuando muchos amigos ya han fallecido y el cuerpo ya no funciona como antes - la vida no se trata de cuántos días o años más sino de una vida que vale la pena vivir. Eso se puede lograr haciendo ejercicio y permaneciendo activo, a través de contactos sociales, tomando vacaciones recreativas, visitando eventos e incluso yendo de compras, con visitas regulares a la sauna o a un gimnasio o el paseo diario al café de la esquina.
¿Pero qué pasa cuando, de repente, el café y todo lo demás está cerrado? No más visitas a viejos amigos, no más eventos sociales. Y tampoco visitas.

La soledad y el aislamiento

El funcionamiento de las redes sociales protege a los ancianos de la soledad. Entre el cinco y el veinte por ciento de los ciudadanos alemanes mayores se sienten solos y aislados. Después del encierro, casi todo el contacto con otras personas se detuvo durante meses, lo que debe haber empeorado estos sentimientos. Para aquellos que no pueden salir de la casa sin ayuda, los servicios de enfermería organizan "grupos sociales de ancianos", en los que se recoge a los ancianos una vez a la semana y se les lleva de nuevo a casa de forma segura. No es mucho, pero es muy importante estar con otras personas de nuevo y es devastador cuando ya no están.

Cuidado terminal

Sí, todo individuo tiene derecho a llegar a la mayor edad posible. Pero cada persona que se acerca al final de su vida también debe tener el derecho de decidir cómo quiere ir. La mayoría no teme al final. A medida que se acerca el momento, la gente se va distanciando cada vez más y está dispuesta a embarcarse en su último viaje.

Cuando oímos hablar de las "personas mayores" y se nos dice que es nuestro deber moral protegerlas, muchos imaginan a personas mayores vivaces que están disfrutando de su tiempo en los transatlánticos. En realidad, los ancianos en peligro de extinción son individuos multi-morbosos al final

de sus vidas. Gente que no ha sido capaz de dejar sus camas durante días, semanas o meses. Personas cuyos tumores se han extendido por todo su cuerpo y están en constante dolor. Personas que no pueden seguir adelante y tal vez no quieran seguir. Gente que a veces sólo espera un destino amable que les alivie su sufrimiento.

En medio de todas las medidas de protección para los grupos de alto riesgo en las residencias de ancianos, al final la decisión individual debe tener la mayor prioridad. A la mayoría ya no le importa que sus seres queridos les traigan el coronavirus, mientras haya alguien que les tome de la mano, les hable del pasado y les susurre "te quiero" y "adiós" (186).

Inocentes y vulnerables: nuestros hijos

Los niños, como los ancianos, son los más vulnerables de nuestra sociedad y es nuestro deber cuidarlos. Millones de niños en el mundo están sufriendo gravemente por las medidas del coronavirus. "El coronavirus ataca a más niños y a sus familias que los que realmente están afectados por las infecciones", dice Cornelius Williams, Jefe de la Liga de Protección de la Infancia de UNICEF (187).

Estrés mental/psicológico

Los niños no pueden prosperar sin contactos sociales. La separación de personas clave como la abuela y el abuelo, la tía y el tío, sus mejores amigos - las escuelas cerradas, los patios de recreo inaccesibles y los campos de deportes prohibidos perturban sus vidas. Los éticos sociales señalan lo vital que es para los niños estar en contacto con sus compañeros (188).

Déficit educativo

Los niños tienen derecho a la educación. Desde que las escuelas han sido cerradas, millones de estudiantes se han quedado atrás según una estimación de la Asociación de Profesores de Alemania. Su presidente, Heinz-Peter Meidinger, observa déficits educativos en aproximadamente 3 millones de niños, especialmente en estudiantes de entornos sociales difíciles y de familias empobrecidas (189).

Violencia física

Decenas de miles de niños en Alemania son víctimas de la violencia y el abuso cada año (190). Las estadísticas de delitos a partir de 2018 muestran que:
3 niños mueren cada semana como consecuencia de la violencia física.
10 niños son abusados física o mentalmente todos los días
40 niños son abusados sexualmente cada día

Y estos, por supuesto, son sólo los casos conocidos. ¿Puede imaginar la situación en tiempos de coronavirus?

Cuando los padres están estresados, al borde de perder sus trabajos y enfrentarse a la ruina financiera?
¿Cuando las discusiones y peleas se convierten en algo cotidiano?
¿Con el aumento del consumo de alcohol?
¿Cuando los niños están en casa día tras día, sin posibilidad de escapar?

Los maestros que normalmente juegan un papel importante en la salvaguarda de los niños en peligro ya no están. ¿Quién debe entonces notificar a la oficina de bienestar juvenil si surge la necesidad?

El comisionado del gobierno para el abuso, Johannes-Wilhelm Rörig, emitió una advertencia urgente. Había indicaciones de la ciudad en cuarentena de Wuhan de que los casos de violencia doméstica se habían triplicado durante el tiempo de "atrapados en casa". Había "números igualmente alarmantes" de Italia y España.

Consecuencias para los más pobres del mundo

Muchos en este país aprovecharon la oportunidad de poner en forma su casa y su jardín durante la crisis del coronavirus. Es comprensible, ya que el trabajo de la oficina en casa sólo era semi-efectivo por la falta de equipo y la lentitud de las conexiones a Internet. En realidad, a la mayoría de la clase media y los ricos no les iba mal. Bueno, el vecino que ahora tiene que solicitar el Hartz IV (subsidio de desempleo) seguramente se recuperará. La gente tiende a pensar hasta la puerta de su casa, tal vez un poco más allá, pero eso es todo. Muchos no son conscientes de que las consecuencias más graves suelen afectar a los más pobres de los pobres. No hay que cerrar los ojos ante el hecho de que la existencia y la vida de innumerables personas están amenazadas.

Las consecuencias existenciales

En la India hay cientos de millones de jornaleros, muchos de los cuales llevaban una existencia precaria antes de que las restricciones impuestas por el coronavirus les privaran de sus medios de vida. Ahora no tienen más medios para sobrevivir. Están "protegidos" contra el coronavirus y, a su vez, se les deja morir de hambre.

En muchos países africanos, las restricciones por coronavirus son aplicadas brutalmente por la policía y el ejército. Quien muestra su cara en las calles es golpeado. A los niños, que normalmente sobreviven con una sola comida en la escuela, se les prohíbe salir de casa. Ellos también pueden morir de hambre. A finales de abril, el jefe del Programa Mundial de Alimentos de la ONU, David Beasley, hizo una advertencia ante el Consejo de Seguridad de la ONU: debido al coronavirus, existe el peligro de que el mundo se enfrente a una "pandemia de hambre de proporciones bíblicas" (191). "Se espera que los cierres y las recesiones económicas conduzcan a una drástica pérdida de ingresos entre los trabajadores pobres. Además, disminuirá la ayuda financiera del extranjero, que afectará a países como Haití, Nepal y Somalia, por nombrar sólo algunos. La pérdida de ingresos por el turismo condenará a países como Etiopía, ya que representa el 47 por ciento del ingreso nacional".

Consecuencias para la atención médica y el mantenimiento de la salud

La atención médica es un lujo que sólo unos pocos en los países más pobres pueden permitirse. Los avances y acontecimientos positivos de los últimos años están ahora en peligro de colapso.

Las campañas de vacunación contra el sarampión se suspendieron en muchos países. Aunque el sarampión rara vez causa la muerte en los países occidentales, entre el 3 y el 6% de las personas infectadas en los países pobres mueren, y las que sobreviven suelen tener discapacidades de por vida. El virus se ha cobrado 6.500 muertes infantiles en la República del Congo (192).

Entre 2003 y 2013, Zimbabwe logró reducir las infecciones anuales de paludismo de 155 por cada 1.000 habitantes a sólo 22. Ahora, y en poco tiempo, se han producido más de 130 muertes y 135.000 infecciones. Dos tercios de todas las muertes fueron de niños de menos de 5 años.

Según la OMS, las muertes por malaria en el África subsahariana podrían aumentar a 769.000 en 2020, lo que duplicaría el número para 2018. De ser así, se volverían a los "estándares de mortalidad" de hace 20 años. La razón probable de esta catástrofe es el hecho de que los mosquiteros tratados con insecticidas ya no pueden distribuirse adecuadamente.

¿Las muertes por paludismo en Zimbabwe y las muertes por sarampión en el Congo son sólo precursores de lo que está reservado para el continente?

Sinopsis

Con las medidas prescritas, ¿nuestro gobierno fue capaz de prolongar la vida de las personas que nos dejarían en los próximos días, meses o tal vez unos años? Tal vez, tal vez no. ¿Se salvaron muchas vidas con estas medidas? Ciertamente no, porque estas restricciones se impusieron cuando la epidemia ya estaba disminuyendo.

Una cosa es segura. El inconmensurable dolor que estas medidas han infligido no puede ser expresado en palabras o números.

6. ¿Le fue mejor a otros países? ¿Suecia como modelo a seguir?

Mientras nos daban conferencias todos los días sobre el crecimiento "pseudo-exponencial" de las infecciones y nos hacían pensar que nuestro sistema de salud se derrumbaría si no se aplicaban estrictamente las medidas drásticas, algunos otros países eligieron un camino diferente. No establecieron un toque de queda, dejaron abiertos al público restaurantes, gimnasios, bibliotecas, etc. Suecia es un ejemplo (193).

El profesor Anders Tegnell, epidemiólogo, que evidentemente aprendió de los errores que había cometido durante la epidemia de gripe porcina, y su predecesor, Johan Giesecke, que en una fase temprana señaló que sólo la aplicación de medidas basadas en pruebas tenía sentido, ambos decidieron que los cierres no sólo no tenían sentido, sino que eran peligrosos. Giesecke explicó en una entrevista (194):

"Sólo hay dos medidas que tienen una base científica genuina. Una de ellas es el lavado de manos, y lo sabemos desde la obra de Ignaz Semmelweis hace 150 años. La otra es el distanciamiento social. Muchas de las medidas adoptadas por los gobiernos europeos no tienen base científica. Cerrar las fronteras, por ejemplo, es inútil y no ayuda. Además, el cierre de escuelas nunca ha demostrado ser efectivo".

Desde un punto de vista científico, se sabe que el cierre de escuelas no tiene sentido (89).

Sin embargo, sí tiene sentido contar con el sentido de responsabilidad individual de los ciudadanos, y con campañas informativas y educativas. La gente fue informada sobre cómo protegerse a sí misma - y lo hicieron: sin miedo, sin escenarios de pánico, sin cierre, sin amenaza de multa, sin restricciones masivas de sus libertades.

El director ejecutivo de la OMS, Mike Ryan, calificó a Suecia de "modelo a seguir" en la lucha contra el coronavirus (195).

Indiscutiblemente, Suecia hizo muchas cosas bien. Pero cosechó el disgusto y la desaprobación de sus vecinos. La prensa alemana no dejó piedra sin mover para hablar mal de la manera sueca:

El camino especial de Suecia aparentemente falló (Deutschlandfunk, 4 de abril de 2020)
Las consecuencias no pueden predecirse: una tasa de mortalidad del 10%: El laxo camino especial de Suecia durante la crisis del coronavirus amenaza con fracasar (Focus, 17 de abril de 2020)
Coronavirus en Suecia - ¿El país se dirige a una catástrofe? (RND, 24 de abril de 2020)

Los políticos también tenían su opinión.

Karl Lauterbach (SPD) acusó a los hombres y mujeres suecos de actuar irresponsablemente. "Crudamente, muchos de los ancianos son sacrificados para que los cafés no tengan que cerrar."
El Ministro-Presidente de Baviera, Markus Söder, dijo: "Este curso liberal reclama MUCHAS, MUCHAS víctimas..."

De hecho, la epidemia en Suecia siguió un curso comparable al de otros países.

Homburg describe esto en una entrevista (196): "Parece que quieren evitar a toda costa reconocer que hay un ejemplo contrario a su propia política equivocada. Han intentado con todos los medios a su alcance - noticias falsas seguidas de más noticias falsas - despistar a Suecia de su camino elegido. Pero Suecia mantuvo el curso."

¿Podríamos haber tomado este camino en Alemania? ¿Contar con el sentido de responsabilidad individual de los ciudadanos y con campañas de información?

Un argumento contrario favorito es la densidad de población de Suecia. Con 23 habitantes por kilómetro cuadrado es unas 10 veces menor que en Alemania, por lo que se argumenta que podría funcionar allí, pero nunca aquí. Esto también se aplicaría a Islandia, que es otro ejemplo positivo de cómo dominar la crisis del coronavirus sin cierres. Casi todas las 1.800 personas infectadas se recuperaron. Se registraron 10 muertes por COVID-19, sin ningún cierre drástico. Muchos restaurantes y escuelas permanecieron abiertos y se permitieron congregaciones de hasta 20 personas.

Esto puede ser cierto, pero aquí también tenemos una baja densidad de población. Así que miremos en cambio a Hong Kong con 7,5 millones de residentes y una densidad de población de 6.890 personas por kilómetro cuadrado. Y qué sorpresa: ¡Aquí también funcionó! Fue un poco más restrictivo que Suecia e Islandia tal vez, pero sin embargo sin un bloqueo completo (197).

O veamos a Japón (126 millones de habitantes, densidad de población de 336 por kilómetro cuadrado) o Corea del Sur.

Japón y Corea del Sur estuvieron entre los primeros países fuera de China en ser afectados por el brote. Contrariamente a las medidas draconianas de China, las cuarentenas masivas en amplias zonas de Europa y en las principales ciudades de EE.UU., la vida regular continuó en Japón para una gran parte de la población. Los restaurantes permanecieron abiertos, sin que se produjera un desastre grave (198). Japón tiene un número muy pequeño de infecciones de coronavirus - posiblemente porque no hicieron muchas pruebas.

Ahora, sabemos que el número de infecciones no es significativo. Así que veamos el asunto realmente importante, es decir, el número de fallecidos: éste, también, es extremadamente bajo. No se puede haber hecho mucho mal en Japón!

A diferencia de Japón, Corea del Sur realizó más pruebas que cualquier otro país, pero también se evitó en gran medida el cierre de la vida pública. No se acordonaron ciudades, ni se impusieron toques de queda generales. Las instituciones públicas, las tiendas, los restaurantes y los cafés permanecieron abiertos (199).

Corea del Sur se basó en 1) la información al público y 2) las pruebas y el rastreo. Las pruebas masivas se realizaron en centros especialmente construidos para el tránsito de vehículos. Se garantizó una transparencia radical mediante una aplicación de rastreo que marcaba el paradero de las personas infectadas.

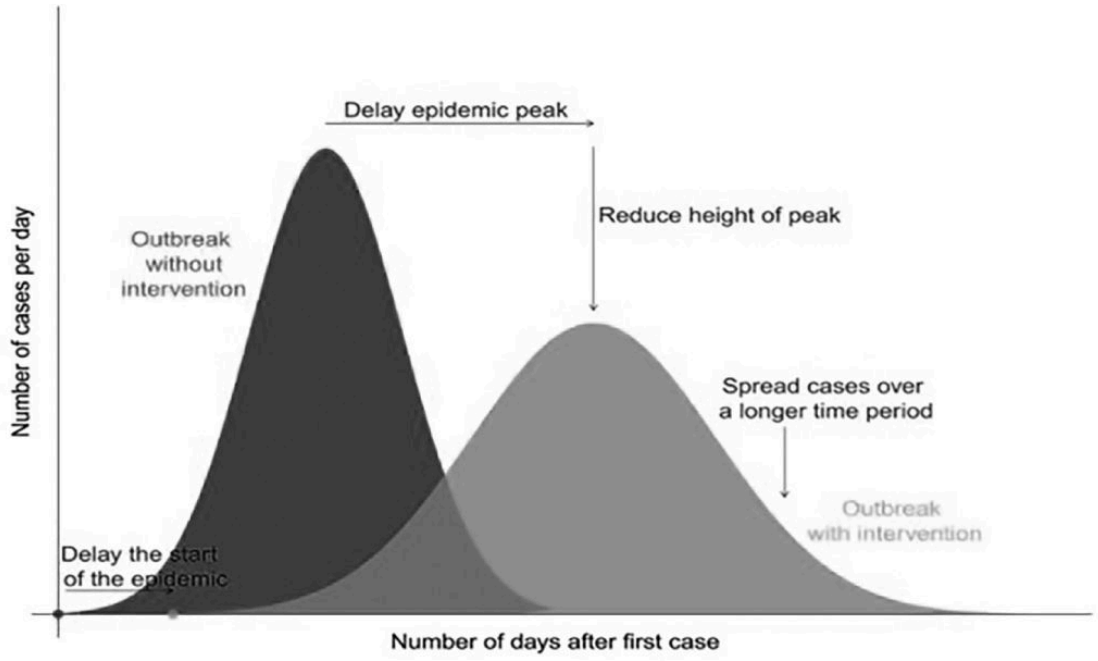
Suecia, Islandia, Hong Kong, Corea del Sur, Japón - todos estos ejemplos han confirmado lo que los expertos reconocidos han dicho todo el tiempo: los cierres no son necesarios. Causan un enorme daño social y económico que no puede justificar ningún beneficio posible. ¿Pero hubo algún beneficio?

¿Existen beneficios de las medidas de bloqueo?

A finales de 2019, la OMS publicó un documento en el que se describían diversas medidas que debían adoptarse en caso de una futura pandemia (200). El objetivo principal sería, como hemos oído antes, "aplanar la curva" reduciendo el número de nuevas infecciones diarias. Una serie de medidas fueron consideradas "Out" desde el principio: ¡no fueron recomendadas en ninguna circunstancia!

Hmm - entonces, ¿cómo es que todo sucedió como lo hizo? Si hubiera sido posible, ¿el mundo también se habría puesto bajo luz UV y la humedad se habría elevado más allá de los trópicos?

Después de decirnos lo que definitivamente no se debe hacer, la OMS pasó a describir otras medidas - bloqueo, etc. - que consideró más dignas de recomendación. Oculto en un apéndice estaba, sin duda, una nota que decía que las recomendaciones no tenían base científica.



Not recomended in any circumstances	UV Light Modifiying humidity Contact tracing Quarantine of exposed individuals Entry and exit screening Border closure

Varios científicos críticos llegaron a la conclusión desde el principio de que el bloqueo era el camino equivocado. Entre otros, el profesor Michael Levitt, ganador del premio Nobel, habló. Consideró que el bloqueo era un "error gigantesco" y pidió que se adoptaran medidas más apropiadas que deberían estar dirigidas específicamente a proteger a los grupos vulnerables (201).

No obstante, la mayoría de los países siguieron el "modelo" de China.

Toda Italia estuvo completamente en cuarentena desde el 10 de marzo por una orden de permanencia en el hogar. Las excepciones se aplicaron únicamente en casos de emergencia, para órdenes de trabajo importantes y para recados que no podían posponerse. 60 millones de personas estaban bajo arresto domiciliario y las calles estuvieron totalmente vacías durante dos meses. Otros países como España, Francia, Irlanda y Polonia emprendieron acciones similares. ¿Con qué efecto? La epidemia ha terminado, así que veamos el número de muertos, teniendo en cuenta que las cifras están muy infladas debido a los métodos de conteo y definición de casos defectuosos.

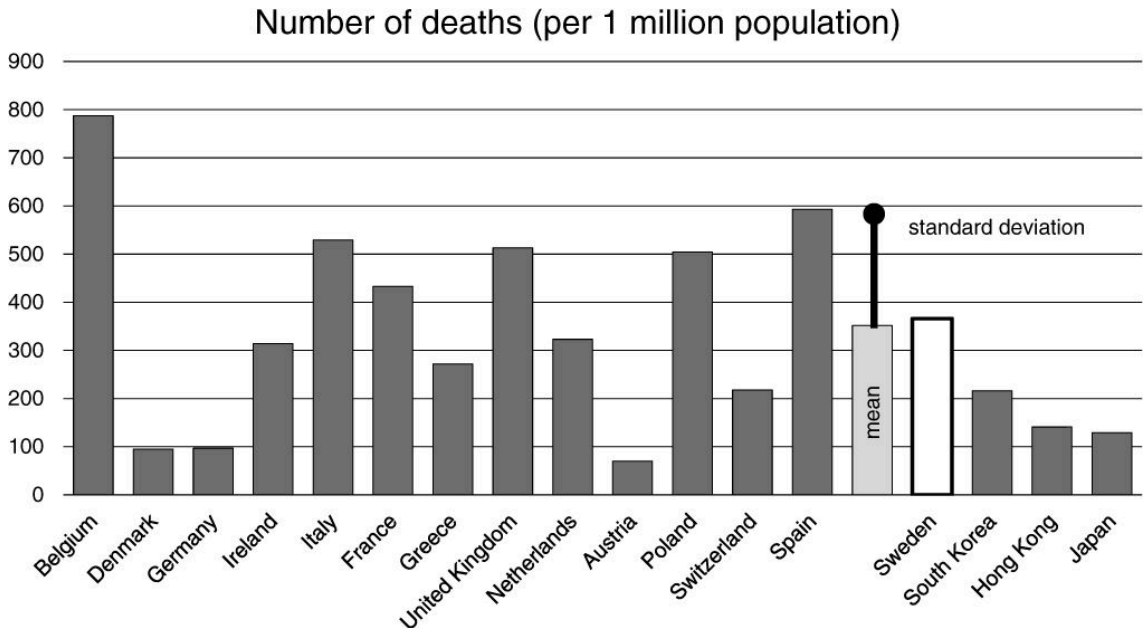
¿Murió menos gente en los países con medidas de bloqueo?

Si observamos las tasas de mortalidad por millón de habitantes de algunos países europeos con medidas de bloqueo (por orden alfabético, las primeras 13 columnas), vemos que las cifras parecen

variar bastante. El número medio es de alrededor de 340 (la barra roja representa la media con la desviación estándar). Sin embargo, hay que tener en cuenta que esto es bajo en comparación con algo del orden de 10.000 muertes por millón que ocurren anualmente en Alemania y otros países europeos. Y que las cifras de coronavirus están muy exageradas porque la mayoría se derivan de muertes con el virus en lugar de muertes por el virus. Dividirlas por lo menos por 5 para llegar a números realistas.

Entonces, las variaciones pierden significado. Las infecciones respiratorias causadas por muchos agentes barren como ráfagas de viento que soplan 20 o 100 de las 10.000 hojas de un árbol. Todas las pérdidas son tristes, pero la mayoría son fatales. Es necesario que las medidas preventivas sean apropiadas para evitar los daños colaterales que barrerían otras hojas del árbol.

La prensa subrayó implacablemente que Suecia pagaría un alto precio por su camino liberal. En realidad, vemos que Suecia sin bloqueo no es significativamente diferente cuando se compara con países con bloqueo. Corea del Sur, Japón y Hong Kong tampoco destacan con un número exorbitantemente alto de las llamadas "muertes de la corona". Todo lo contrario es el caso.



Entonces, ¿qué vemos? Los países sin medidas de bloqueo no se deslizaron hacia una catástrofe.
Sabemos que COVID-19 puede tener un curso fatal en pacientes ancianos con condiciones subyacentes. Esto nos lleva a la siguiente pregunta importante.

¿Estaban los grupos de alto riesgo mejor protegidos en los países con bloqueo?
La respuesta simple es: No.

Aproximadamente la mitad de las "víctimas del coronavirus" murieron en centros de atención y hogares de ancianos, no importa dónde se mire. En los países occidentales, estas cifras varían entre el 30% y el 60% (202). Los países con cierres relativamente drásticos como Irlanda (60%), Noruega (60%)

o Francia (51%) no tienen mejores cifras que Suecia (45%). Las residencias de ancianos requieren una protección específica que las medidas generales de cierre no pueden lograr de ninguna manera.

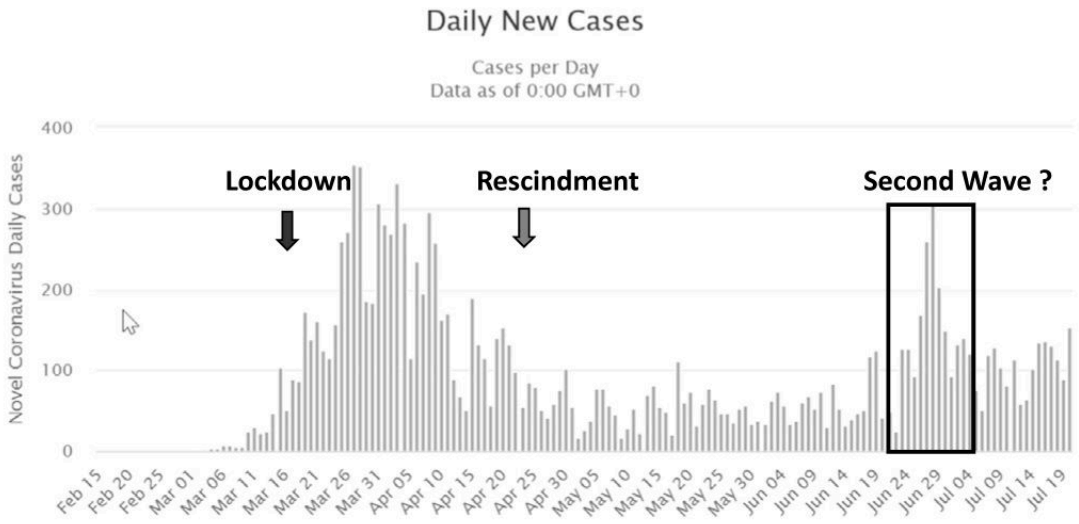
Un concepto sensato para la protección de los grupos verdaderamente vulnerables que se ajustara a las normas y reglamentos éticos (203) habría resuelto el problema.

¿Habría tenido la suspensión inmediata del cierre consecuencias nefastas?

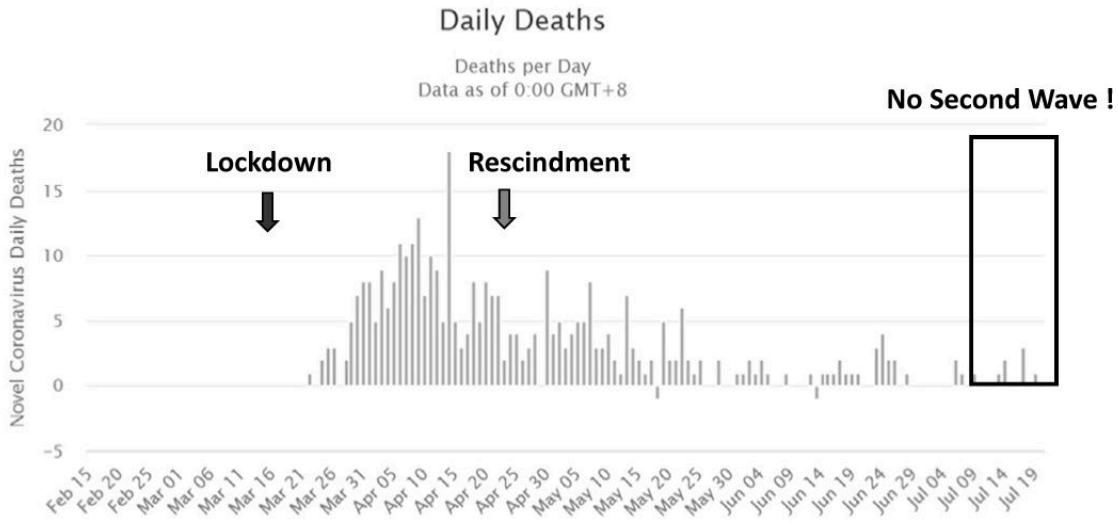
Veamos el caso de la República Checa. A partir del 16 de marzo se instauró el toque de queda, los ciudadanos sólo podían ir a trabajar, a hacer la compra, a ver a un médico o a pasear por los parques públicos. Como en todas partes, el toque de queda no pudo evitar el aumento de las infecciones. Por decisión judicial, las medidas tuvieron que ser revocadas el 24 de abril. ¿Había una nueva ola de nuevas infecciones y víctimas mortales? Oh - ¡Realmente parece que sí! ¿Está la República Checa experimentando la tan temida segunda ola de infecciones por COVID-19, un escenario temido en todo el continente? ¡Claro que no! El número de pruebas se ha incrementado (204).

Estos datos sólo ilustran cuán irrelevantes y engañosos son los números de "nuevos casos" de falsos positivos cuando el virus ha desaparecido más o menos. Esto se confirma mirando el número de muertes diarias. Con el correspondiente retraso debido al período de incubación, debería haber un aumento significativo a mediados de julio (rectángulo). Pero los números siguieron bajando y la epidemia en el país también terminó (Worldometers, julio de 2020).

Daily New Cases in Czechia



Daily New Deaths in Czechia



Este escenario de otra "ola de infecciones" es típico de muchos países. A menudo se utiliza mal para mantener el miedo en la población y prolongar medidas sin sentido (205).

De hecho, la epidemia siguió esencialmente el mismo curso en toda Europa. Los efectos del bloqueo fueron exclusivamente negativos.

En unos pocos países, como Israel, parece haber actualmente un segundo aumento del número de muertes diarias. Los medios de comunicación se deleitan en difundir la noticia de la temida segunda ola. Pero no se dejen engañar. Mira de cerca e infórmate. Los números siempre deben ser establecidos en relación - al número de residentes, el número de pruebas de PCR, el número promedio de muertes

totales. Si el número de personas que mueren con una prueba PCR positiva de SARS-CoV-2 es pequeño, como en Israel, los aumentos perfectamente irrelevantes (por ejemplo, de 2 a 6) pueden convertirse en noticias sensacionales: ¡el número de muertos se ha triplicado! Curiosamente, en el punto álgido de la epidemia de COVID-19 en marzo, las muertes generales por mes en Israel cayeron a la tasa más baja en cuatro años. Así que nunca hubo ni siquiera una primera "ola de COVID-19". En julio, el número de las llamadas "muertes por COVID-19" por cada millón de habitantes no era ni la mitad que en Alemania (Worldometers, julio de 2020).

Entonces, ¿qué medidas habrían sido realmente correctas?

Simple: una decidida protección de los grupos vulnerables, especialmente los que se encuentran en centros de atención y cuidado. Y punto.

7. ¿Es la vacunación el remedio universal?

"No puede haber vuelta a la normalidad hasta que tengamos una vacuna", declara Michael Kretschmer, Ministro-Presidente de Sajonia (206).

Cada vez se alzaron más voces que decían que necesitábamos una vacuna antes de poder volver a la normalidad.

A principios de junio, el Ministerio Federal de Finanzas de Alemania publicó un plan para impulsar la economía: Punto 53: "La pandemia de coronavirus termina cuando hay una vacuna disponible" (207)! ¡Esto es histérico! ¿Desde cuándo un gobierno puede decidir cómo y cuándo termina una pandemia? El domingo de Pascua, Bill Gates fue asignado diez minutos en horario estelar para dirigirse a la nación alemana en la televisión (208).

Ingo Zamperoni (presentador de TV): "Cada vez está más claro que sólo podemos controlar esta pandemia si desarrollamos una vacuna."

Bill Gates: "En última instancia, administraremos esta vacuna recién desarrollada a 7 mil millones de personas, por lo que no podemos permitirnos problemas con los efectos secundarios adversos. Sin embargo, tomaremos la decisión de usar la vacuna con una base de datos más pequeña de lo habitual. Esto permitirá un rápido progreso".

¿Progreso rápido sobre una base de datos pequeña? ¿Es esta la forma correcta de combatir una enfermedad con una tasa de mortalidad relativamente baja?

Sorprendentemente, la financiación inicial para la búsqueda global de una vacuna contra el coronavirus se logró a principios de mayo por medio de un juego de manos. La UE recaudó casi 7.500 millones de euros con su conferencia de donantes. Alemania y Francia prometieron una gran parte. Un programa especial fue lanzado por nuestro gobierno para servir a este propósito. El plan es contribuir con 750 millones de euros para el desarrollo de una vacuna.

Pero, ¿la vacunación tiene realmente sentido? ¿Cuán vulnerables somos ante el virus? ¿Cuántas vidas están amenazadas que necesitan ser protegidas?

Sobre la cuestión de la inmunidad contra el COVID-19

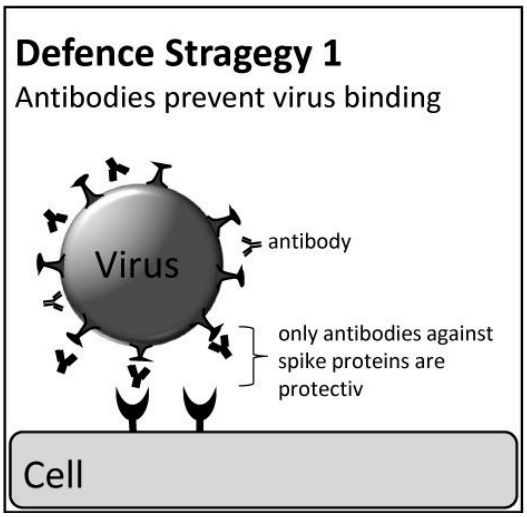
Una breve excursión al campo de la inmunología.

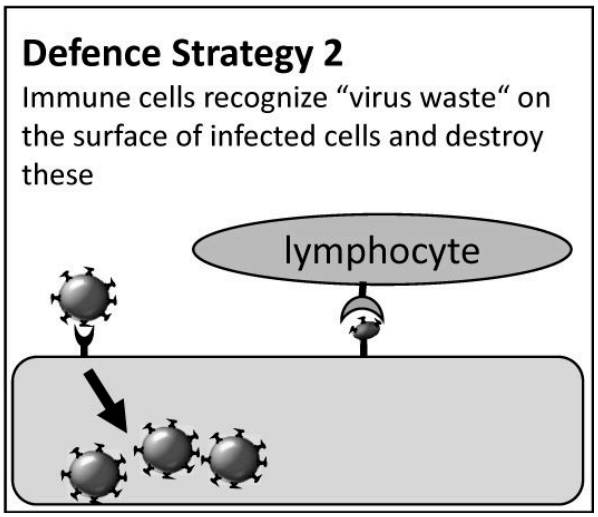
¿De qué depende la inmunidad contra los coronavirus?

El coronavirus se une a través de proyecciones de proteínas (los llamados "spikes") que reconocen moléculas específicas (receptores) en nuestra célula. Esto puede compararse con las manos del virus

agarrando las manijas de las puertas que luego se abren para permitir la entrada. Después de la multiplicación, las progenies virales se liberan y pueden infectar otras células.

La inmunidad contra los coronavirus descansa en dos pilares: 1) anticuerpos, 2) células especializadas de nuestro sistema inmunológico, los llamados linfocitos ayudantes y linfocitos asesinos.





Cuando un nuevo virus entra en el cuerpo y causa una enfermedad, el sistema inmunológico responde movilizando estos brazos de defensa. Ambos están entrenados para reconocer específicamente el virus invasor, y ambos están dotados del don de la memoria a largo plazo. Cuando el virus vuelve a invadirlos, son reclutados en los nuevos campos de batalla, y su destreza se refuerza con su anterior encuentro con el compañero de lucha.

Se generan muchos anticuerpos diferentes, cada uno reconoce específicamente una pequeña parte del virus. Tengan en cuenta que sólo los anticuerpos que unen las "manos" del virus son protectores porque pueden evitar que el virus se agarre a las manijas de la puerta (paso 1). Las vacunas virales clásicas están diseñadas para hacer que nuestro sistema inmunológico produzca tales anticuerpos. Se cree que un individuo se volverá así inmune al virus.

Hay tres puntos que requieren énfasis.

1.- Si te hacen la prueba de anticuerpos del SARS-CoV-2 y no se encuentra nada, esto no significa que no hayas sido infectado. Los síntomas severos a menudo se correlacionan con una alta producción de anticuerpos, los síntomas leves sólo conducen a bajos niveles de anticuerpos y muchas infecciones asintomáticas probablemente ocurren sin ninguna producción de anticuerpos.

2.- Si se encuentran anticuerpos, esto no significa que usted sea inmune. Las pruebas inmunológicas actuales no pueden detectar selectivamente los anticuerpos protectores dirigidos contra las "manos" del virus. Otros anticuerpos aparecen al mismo tiempo. Las pruebas no pueden dar ninguna información fiable sobre el "estado inmunológico" de un individuo y, como se verá a continuación, es esencialmente inútil.

3.- El resultado de un encuentro entre los anticuerpos "protectores" y el virus no es un "blanco o negro", ni un "ahora o nunca". Los números son importantes. Una pared de anticuerpos protectores puede evitar un pequeño ataque, por ejemplo cuando alguien tose a distancia. El ataque se intensifica cuando la persona se acerca. La balanza comienza a inclinarse. Algunos virus pueden ahora superar la barrera y entrar en las células. Si la tos viene de cerca, la batalla se vuelve unilateral y termina en una rápida victoria para el virus.

Así que aunque la vacunación sea "exitosa", es decir, que se haya producido la producción de anticuerpos protectores, no garantiza la inmunidad. Para empeorar las cosas, la producción de anticuerpos disminuye espontáneamente después de unos pocos meses. La protección, si es que existe, es en el mejor de los casos de corta duración.

La idea de un documento personal de "Estado Inmunológico" es científicamente poco sólida.
¿Qué sucede después de que el virus entra en la célula? Los experimentos realizados en ratones han examinado esto en detalle para el SARS-CoV, el virus original del SARS y pariente cercano del actual SARS-CoV-2. Se demostró que el segundo brazo del sistema inmunológico entra en juego. Los linfocitos llegan a la escena. Se produce una serie coordinada de eventos durante los cuales las células ayudantes explotan en acción y activan a sus parejas, los linfocitos asesinos (209). Estos buscan las células que contienen el virus y las matan. La fábrica es destruida - el fuego se extingue.
La tos y la fiebre desaparecen.

¿Cómo pueden los linfocitos asesinos saber a qué células atacar? En palabras sencillas: imagina que una célula infectada es una fábrica que produce y ensambla las partes del virus. Las partes que no están ensambladas en los virus se convierten en productos de desecho que la célula elimina de forma ingeniosa: los transporta fuera y los pone delante de la puerta. Las células asesinas que patrullan ven la basura y se mueven para matar (paso 2).

Rara vez se habla de este segundo brazo de nuestro sistema inmunológico, pero probablemente es realmente importante, mucho más que los anticuerpos que representan una primera línea de defensa bastante inestable. Lo más importante es que los productos de desecho derivados de diferentes coronavirus comparten similitudes. Por lo tanto, se puede esperar que los linfocitos asesinos que reconocen los desechos de un virus reconozcan al menos algunos de los desechos de otros.

¿Implicaría esto una inmunidad cruzada?

Sí. Las mutaciones del Coronavirus se producen en pasos muy pequeños. Los anticuerpos protectores y los linfocitos contra el tipo A serán por lo tanto muy efectivos contra la progenie Aa. Si B viene a visitarte, contraes otro resfriado y tos, pero entonces tu estado inmunológico se amplía para cubrir A, Aa, B y Bb.

El alcance de la inmunidad se expande con cada nueva infección. Y los linfocitos pueden recordar.

¿Quién no recuerda el primer año de su hijo en el jardín de infancia? Oh no, no de nuevo, aquí viene el enésimo resfriado con secreción nasal, tos y fiebre. ¡El niño está enfermo durante todo el largo invierno! Afortunadamente, mejora el segundo año y el tercero se curará con uno o dos resfriados. Para cuando la escuela comienza, la base operativa para combatir los virus se ha vuelto sólida como una roca.

Entonces, ¿qué significa realmente "Inmunidad contra el coronavirus"?

¿"Inmunidad" significa que no nos infectamos en absoluto?
No. Significa que no nos enfermamos gravemente.

Y no enfermarse no depende únicamente de la prevención de la infección por anticuerpos, sino más bien de "apagar el fuego". Cuando aparece una nueva variante, muchas personas pueden infectarse, pero como los incendios se extinguen rápidamente, no se enferman gravemente. Los relativamente pocos que se encuentran en peor situación lo hacen porque el equilibrio entre ataque y defensa está fuertemente a favor del virus. Pero en ausencia de una enfermedad preexistente, la balanza vuelve a inclinarse. El virus será superado. Por regla general, sólo para las personas con enfermedades preexistentes el virus puede convertirse en la gota que colma el vaso.

Por eso las infecciones por coronavirus siguen un curso leve o incluso sin síntomas y por eso una epidemia con cualquier "nuevo" virus nunca va seguida de una segunda ola, más grave.

¿Por qué las epidemias anuales de coronavirus terminan en verano? Bueno, sólo una especulación. Más del 50% de la población del norte de Europa se vuelve deficiente en vitamina D en los oscuros meses de invierno. Posiblemente, la reposición de las reservas de vitamina D por el sol y el cambio de actividades al aire libre son simples razones importantes.

¿Qué le sucede al virus después de una epidemia? Se une a sus parientes y circula con ellos en la población. Las infecciones continúan ocurriendo pero la mayoría pasan desapercibidas debido a la vitalidad del sistema inmunológico. De vez en cuando, alguien contraerá su gripe de verano. Pero así es la vida.

¿Se puede esperar un patrón similar con el SARS-CoV-2?

Los autores creen que es exactamente lo que hemos presenciado. El 85-90% de los individuos positivos al SARS-CoV-2 no se enfermaron. Lo más probable es que sus linfocitos extinguieran los incendios a tiempo para limitar la producción viral. En pocas palabras: el virus era una nueva variante y capaz de infectar a casi cualquier persona. Pero la inmunidad ya estaba extendida debido a la presencia de linfocitos que cruzaron el reconocimiento del virus.

¿Existen pruebas de que los linfocitos de individuos no expuestos reconocen el SARS-CoV-2?

Sí. En un reciente estudio alemán, se examinaron los linfocitos de 185 muestras de sangre obtenidas entre 2007 y 2019 para el reconocimiento cruzado del SARS-CoV-2. Se encontraron resultados positivos en no menos del 70-80%, y esto se aplicó tanto a los linfocitos ayudantes como a los asesinos (210). Un estudio realizado en los Estados Unidos con linfocitos de 20 donantes no expuestos informó de manera similar sobre la presencia de linfocitos que tenían una reacción cruzada con el nuevo virus (211). En este y otro estudio sueco también se comprobó que incluso las infecciones no sintomáticas o leves por el SARS-CoV-2 provocaban fuertes respuestas de las células T (212). Sospechamos que estas respuestas inusualmente vigorosas de las células T a una primera infección representan fenómenos clásicos de refuerzo que ocurren en poblaciones preexistentes de linfocitos T reactivos.

¿Podría probarse la idea de que los linfocitos median la inmunidad cruzada al SARS-CoV-2?

El concepto de inmunidad de rebaño mediada por linfocitos que presentamos se deriva de la integración de los últimos datos científicos (209-212) en el contexto establecido de la inmunidad del huésped a las infecciones virales. La idea puede ponerse a prueba. Así, en un estudio reciente, los monos cynomolgus se infectaron con éxito con el SARS-CoV-2 (213). Aunque todos los animales se deshacen del virus, ninguno de ellos se enfermó. Se encontraron lesiones menores en los pulmones de dos animales, lo que atestigua el hecho de que se había producido una producción vigorosa del virus.

En esencia, estos hallazgos replicaron lo que se ha visto en humanos sanos. La repetición del experimento con monos en animales sin linfocitos mostraría si la inmunidad de la manada se había derivado realmente de la presencia de las células.

Vacunar o no vacunar, esa es la cuestión

El desarrollo de vacunas contra enfermedades temidas como la viruela, la difteria, el tétanos y la poliomielitis representó un punto de inflexión en la historia de la medicina. A continuación, se vacunó contra otras enfermedades que hoy en día pertenecen al repertorio estándar de la medicina preventiva. Ahora, la cuestión más apremiante es si se necesita un programa de vacunación mundial para poner fin a la crisis de los coronavirus. Esta cuestión es tan importante que es necesario llevar a cabo un debate urgente para alcanzar un consenso mundial sobre tres puntos básicos.

1.- ¿Cuándo es necesario el desarrollo de una vacuna? Nos aventuramos a responder: cuando una infección conduce regularmente a una enfermedad grave y/o a secuelas graves en individuos sanos, como no es el caso del SARS-CoV-2.

2.- ¿Cuándo no sería razonable la vacunación masiva? Proponemos que la vacunación masiva no es razonable si una gran parte de la población ya está suficientemente protegida contra una enfermedad que amenaza la vida, como es el caso del SARS-CoV-2.

3.- ¿Cuándo es probable que la vacunación no tenga éxito? Prevemos que la vacunación fracasará cuando un virus que coexista en todo el mundo con el hombre y los animales experimente continuamente un cambio mutacional, y cuando los individuos se expongan a altas dosis de virus durante la propagación de la infección.

En opinión de los autores, un programa de vacunación mundial no tiene sentido. Los riesgos superan con creces cualquier posible beneficio desde el principio.

Los expertos de todo el mundo expresan su preocupación y advierten sobre las vacunas precipitadas de COVID-19 sin suficientes garantías de seguridad (214, 215).

Sin embargo, los investigadores están trabajando actualmente en más de 150 candidatas a la vacuna COVID-19 (216), algunas de las cuales ya están en ensayos clínicos avanzados. El objetivo de la mayoría de las vacunas es lograr altos niveles de anticuerpos neutralizantes contra las proteínas de unión del virus y las respuestas celulares (217, 218). Se están siguiendo cuatro estrategias principales.

1. Vacunas de virus completo inactivado o atenuado. Las vacunas inactivadas requieren la producción de grandes cantidades de virus, que deben cultivarse en huevos de gallina o en líneas celulares inmortalizadas. Siempre existe el riesgo de que un lote de virus contenga contaminantes peligrosos y produzca efectos secundarios graves. Además, existe la posibilidad de que la vacunación pueda realmente empeorar el curso de la infección posterior (219), como se ha observado en el pasado con la vacuna inactivada contra el sarampión y el virus sincitial respiratorio (220, 221).

Las vacunas atenuadas contienen virus que se replican y que han perdido su capacidad de causar enfermedades. El ejemplo clásico fue la vacuna oral contra la poliomielitis que se utilizó durante decenios antes de que se produjeran trágicos brotes de poliomielitis en África, que no fueron causados por un virus salvaje, sino por la vacuna oral (222).

2. Vacunas proteínicas. Éstas contienen la proteína de punta del virus o fragmentos de ella. Siempre es necesario el suplemento con estimuladores inmunológicos, adyuvantes que pueden causar efectos secundarios graves (217).

3. Vectores virales como vacunas genéticas. El principio aquí es integrar el gen del coronavirus relevante en el gen de un virus portador (por ejemplo, un adenovirus) que infecta nuestras células (217). Los vectores con defectos de replicación son incapaces de amplificar su genoma y entregarán sólo una copia del gen de la vacuna en la célula. Para reforzar la eficacia, se ha intentado crear vacunas con capacidad de replicación. Esto se llevó a cabo con la vacuna del Ébola rVSV-ZEBOV. Sin embargo, la multiplicación viral causó efectos secundarios severos en al menos el 20% de los vacunados, incluyendo sarpullido, vasculitis, dermatitis y artralgia.

4. Vacunas basadas en genes. En estos casos, el gen viral es entregado a la célula ya sea como ADN insertado en un plásmido o como ARNm que es traducido directamente a proteína después de la absorción de la célula.

Un gran peligro potencial de las vacunas basadas en el ADN es la integración del ADN plasmídico en el genoma de la célula (223). La mutagénesis insercional ocurre raramente pero puede convertirse en un peligro realista cuando el número de eventos es muy grande, es decir, como en la vacunación masiva de una población. Si la inserción se produce en las células del sistema reproductivo, la información genética alterada se transmitirá de madre a hijo. Otros peligros de las vacunas de ADN son la producción de anticuerpos antiADN y las reacciones autoinmunes (224).

Las preocupaciones de seguridad relacionadas con las vacunas de ARNm incluyen la inflamación sistémica y los posibles efectos tóxicos (225).

Otro inmenso peligro se cierne sobre las vacunas de coronavirus basadas en el ARNm. En algún momento durante o después de la producción de la espiga viral, es de esperar que los productos de desecho de la proteína se expongan en la superficie de las células objetivo. La mayoría de los individuos sanos tienen linfocitos asesinos que reconocen estos productos virales (210, 211). Es inevitable que se produzcan ataques autoinmunes contra las células. Se desconoce por completo dónde, cuándo y con qué efectos podría ocurrir esto. Pero las perspectivas son simplemente aterradoras.

Sin embargo, cientos de voluntarios que nunca fueron informados de estos riesgos inevitables ya han recibido inyecciones de vacunas de ADN y ARNm que codifican la proteína punta del virus, y pronto les seguirán muchas más. Ninguna vacuna basada en el genoma ha recibido siquiera aprobación para su uso humano, y las actuales vacunas contra el coronavirus no han sido sometidas a pruebas preclínicas como normalmente exigen las reglamentaciones internacionales. Alemania, un país cuya población rechaza ampliamente la manipulación genética de los alimentos y se opone a los experimentos con animales, está ahora a la vanguardia de estos experimentos genéticos en humanos. Las leyes y los reglamentos de seguridad se han pasado por alto de una manera que, en circunstancias normales, nunca sería posible. ¿Es quizás por esto que el gobierno sigue declarando que existe una "situación epidémica de interés nacional", en ausencia de nuevas infecciones graves? Para entonces la nueva Ley de Protección contra las Infecciones de Alemania faculta al gobierno para hacer excepciones a las disposiciones de la Ley de Medicamentos, los reglamentos de los dispositivos médicos y los reglamentos sobre seguridad y salud en el trabajo. Y esto ha dado luz verde al proyecto de desarrollo de vacunas por vía rápida.

Pero los autores se preguntan si la Ley de Protección contra las Infecciones puede llegar a permitir que se lleven a cabo experimentos genéticos en seres humanos que no han sido informados de los peligros potenciales.

Pandemia o no pandemia - el papel de la OMS

En realidad, ¿no hemos tenido antes una versión más ligera del bombo de la vacuna contra la pandemia?

Exactamente lo mismo ocurrió con la "gripe porcina" en 2009. A todo el mundo se le dijo que se necesitaba desesperadamente una vacuna para detener la mortal pandemia. Las vacunas se produjeron entonces a una velocidad milagrosa - y se vendieron en masa a los estados de todo el mundo.

Antes de 2009, una pandemia requería el cumplimiento de tres criterios (226):

- El patógeno debe ser nuevo
- El patógeno debe propagarse y cruzar los continentes rápidamente
- El patógeno debe causar generalmente una enfermedad grave y a menudo mortal

La gripe porcina resultó cumplir los dos primeros criterios, pero no el tercero. Debido a que el llamado a declarar una pandemia era muy apremiante, especialmente por parte de la industria farmacéutica, principales financistas de la OMS (227), la OMS cortó el nudo gordiano con un golpe de genialidad. Una pandemia, declaró, puede tomar un curso leve o serio!

En 2010, la definición de una pandemia se simplificó aún más como "la propagación mundial de una nueva enfermedad". La gripe y los coronavirus sufren continuamente mutaciones y es de esperar que ocasionalmente surjan variantes que causen una enfermedad un tanto atípica que podría entonces denominarse "nueva". La gripe porcina proporcionó el escenario para un primer ejercicio de empleo de la estrategia de creación de pánico para hacer frente a una pandemia. Un típico titular: "Gripe porcina: ¿la calma antes de la tormenta?" (228) apareció en diciembre de 2009 cuando estaba claro que prácticamente nadie estaba enfermo y el curso de la infección había sido más suave que las anteriores oleadas de gripe. Aún así, los virólogos advirtieron de que se subestimaba el "peligroso" virus: "Si miramos este virus en un experimento con animales y lo comparamos con los virus anteriores, vemos que el virus no es inofensivo en absoluto! Es mucho más peligroso que el virus anual H3N2". Brillante. ¿Pero qué tiene que ver esto con la medicina humana? ¿Qué científico prominente difundió esta aterradora conclusión con tal convicción? Ah sí, un tal Profesor Drosten.

El artículo continúa: Cuando, en los próximos días de Navidad, los alemanes mezclen vigorosamente sus virus, una segunda ola parece inevitable. Esta podría ser considerablemente más severa que la primera.

Se predijo una segunda ola, con el sistema de salud médica irremediablemente abrumado, dice, no el profesor Drosten por una vez, sino el profesor Peters de la Universidad de Münster. Temía que el número de camas en las unidades de cuidados intensivos fuera insuficiente. Además, muchos pacientes necesitarían respiración artificial. Podrían crearse situaciones dramáticas en los abrumados hospitales.

¿También está teniendo un déjà-vu en este momento?

Se recomendó una vacunación a nivel nacional con la vacuna H1N1 producida apresuradamente y apenas probada. Se compraron 60 millones de dosis de vacuna adyuvante para la población alemana. La vacuna no adyuvante se obtuvo sólo para altos miembros del gobierno (229).

Una vez más, todo esto sucedió cuando estaba claro que la pandemia de gripe porcina había seguido un curso ligero. La mayoría del público decidió sabiamente en contra de la insensata vacunación. ¿Cuál fue el final de la historia? Los camiones cargados con más de 50 millones de dosis de vacunas caducadas fueron eliminados en la planta de residuos energéticos de Magdeburgo. Al igual que el dinero de los contribuyentes... no, en realidad no, el dinero sólo cambió de manos. Ganancia estimada para la industria farmacéutica: 18 mil millones de dólares americanos (230).

En realidad, ese no fue el final del fiasco. Casi se ha olvidado hoy que una vacuna adyuvante contra la gripe porcina causó efectos secundarios que arruinaron miles de vidas (231, 232). Los efectos secundarios fueron causados porque los anticuerpos contra el virus reaccionaron de forma cruzada con un objetivo en el cerebro de las víctimas. El daño fue el resultado de una clásica enfermedad autoinmune impulsada por anticuerpos. El efecto secundario fue relativamente raro. La incidencia fue probablemente del orden de 1 en 10.000, pero el resultado fue trágico porque muchos millones de personas recibieron la vacuna, esencialmente para nada, ya que la infección generalmente tuvo un curso leve. En retrospectiva, hay que admitir que la relación riesgo-beneficio de la vacunación contra la gripe porcina fue desastrosa. Esto es lo que sucede cuando la vacunación masiva se lleva a cabo sin necesidad.

8. El fracaso de los medios de comunicación públicos

Es más fácil engañar a la gente que convencerlos de que han sido engañados. (MARC TWAIN)

En una democracia que funciona, los medios de comunicación deben proporcionar al público noticias veraces, fomentar la formación de opinión a través de la crítica y el debate, y supervisar la acción del gobierno como "cuarta autoridad pública" con imparcialidad y autonomía. Lo que hemos experimentado durante la pandemia de coronavirus es justo lo contrario (233).

Todas las emisoras públicas se convirtieron en serviles portavoces del gobierno. La prensa no era mejor. El respeto a la verdad, la protección de la dignidad humana, el servicio al público... el Codex de la Prensa desapareció de la escena. En todo el mundo.

¿Dónde se encontraba la información veraz?

¿Y dónde estaban las discusiones críticas de cualquier información?

Se nos presentaron imágenes perturbadoras y números aterradores - mañana, mediodía y noche. Alguien siempre estaba emitiendo una advertencia en algún lugar - Drosten, Wieler, Spahn, Merkel. Nadie en los medios de comunicación cuestionó críticamente estas advertencias o investigó su verdad. Asustar a la población parecía ser el único objetivo (234). Los informes sobre millones de víctimas mortales se presentaron sin mencionar que se basaban en cálculos de modelos. No se mencionó que Ferguson, el productor de estas cifras, siempre había estado completamente equivocado en sus numerosas predicciones sobre la catástrofe.

Al mismo tiempo, los medios de comunicación se abstuvieron de cuestionar la forma en que se compilaron los números del RKI, lo que significaban y lo que se podía, o más bien no se podía, obtener de ellos. En su lugar, las cifras fueron aceptadas sin crítica y utilizadas para inquietar al público.

¿Dónde estaba la discusión abierta?

No podría haber sido más monótono. Siempre los mismos "expertos", de los cuales aparentemente sólo había dos en Alemania. ¿Por qué nunca hubo una discusión entre los asesores del gobierno y los críticos como el Dr. Wolfgang Wodarg, un especialista en pulmones y miembro de la junta de la organización anticorrupción "Transparencia Internacional" de Alemania? Un intercambio abierto y objetivo: Drosten y Wieler y Bhakdi y Wodarg juntos en una mesa redonda. Bueno, no dependía de Bhakdi o Wodarg o de muchos otros críticos del curso del gobierno. Simplemente no era querido por el gobierno.

Se habló mucho de cómo la forma sueca sin encierro estaba siendo criticada por los expertos suecos. Que la forma alemana también fue criticada masivamente por muchos ciudadanos informados en su propio país nunca fue un tema de discusión.

Además de Wodarg, el inmunólogo y toxicólogo Profesor Stefan Hockertz señaló desde el principio que la gravedad del SARS-CoV-2 debía evaluarse de manera similar a la de los virus de la gripe común, y que las medidas aplicadas eran completamente exageradas. También intervino Christof Kuhbandner, profesor de psicología, quien reiteró varias veces que no había ninguna base científica para estas medidas (235). ¿Cómo podía saberlo, se preguntaba la gente? Lo interesante es que cualquier persona observadora con una comprensión fundamental de la teoría de los números puede tomarse el tiempo de analizar las estadísticas y llegar a la misma conclusión. Hay temas que abarcan múltiples disciplinas. El Dr. Bodo Schiffmann, un otorrinolaringólogo de Sinsheim, hizo el trabajo que los periodistas deberían haber hecho. Casi a diario colgó vídeos en su canal de YouTube con infatigable energía y persistencia para informar al público sobre los últimos acontecimientos y explicar las cifras y por qué se equivocaban.

Las voces críticas en este país no estaban solas, había muchas otras en todo el mundo (236, 237). ¿Se notificó al público? Parecía haber sido una estrategia fácil y exitosa el no informar de estas cosas; pero tal estratagema no debería tener cabida en un Estado democrático ilustrado.

Este "periodismo de sistema" sincronizado era obviamente evidente para los expertos. El profesor Otfried Jarren expresó sus críticas en el Deutschlandfunk (238). "Desde hace semanas, los mismos hombres y mujeres expertos y políticos hacen su aparición y son presentados como los "gestores de crisis". Pero nadie se pregunta quién tiene qué experiencia y quién aparece en qué papel. Además, no hay debates entre estos expertos, sino sólo declaraciones individuales".

El juego de los números

Puedes hacer mucho con los números. Sobre todo, puedes hacer que la gente se asuste.

Ejemplo 1: tasa de infección. La tasa de infección aumentaba continuamente, pronto nuestro sistema de salud se colapsaría - lo que no dijeron es que el número de personas recuperadas también aumentaba continuamente y que no había motivos para tal suposición. Eso seguía siendo un secreto.

Ejemplo 2: la tasa de mortalidad. "Los EE.UU. tenían el mayor número de muertes en todo el mundo". El 28 de mayo, las noticias nocturnas mostraron imágenes de los fallecidos: "Todos ellos murieron a causa de COVID-19. Con más de 100.000 muertes, EE.UU. está de luto por el mayor número de víctimas en todo el mundo". Ahora sabemos que una gran fracción de esta pobre gente no murió por COVID-19, sino por las medidas tomadas contra COVID-19.

Además, EE.UU. es el tercer país más grande del mundo. Así que tal vez tendría más sentido mirar el número de muertes por cada 100.000 habitantes... Este número era relativamente bajo, muy por debajo de las cifras de España o Italia. ¿No valía la pena mencionarlo? Además, un buen periodista también podría señalar que el "número de muertes" no es un valor absoluto, sobre todo porque los métodos de conteo son diferentes para cada país.

El país con la tasa de mortalidad más alta por cada 100.000 ciudadanos fue Bélgica. Las cifras eran mucho más altas que en España o Italia. ¿Fue realmente tan dramática la situación allí? No. Como ya se ha demostrado, el problema básico estaba relacionado con el método de conteo (45). Si los medios de comunicación no informan de estos hechos, entonces, por supuesto, los números no pueden ser evaluados correctamente.

Difamación y descrédito

Cuando se escuchaban voces críticas, se tomaban medidas inmediatas para silenciarlas por difamación. El especialista en pulmones Wolfgang Wodarg fue el primero en levantar la voz. La campaña de difamación que siguió no tuvo paralelo.

Tan pronto como publicamos nuestros primeros videos en YouTube advirtiendo sobre las medidas excesivas y señalando que Italia podría tener otros factores agravantes, por ejemplo, los altos niveles de contaminación del aire), hubo la primera "comprobación de hechos". Bajo el título "Por qué los números de Sucharit Bhakdi están equivocados", se publicó rápidamente un artículo en el "ZDF Mediathek". Nils Metzger supuestamente llega al fondo de esto (239): "El profesor de biología le resta importancia al peligro del coronavirus". Un buen punto de partida ya que el título sugería inmediatamente que no se trataba de un médico que había atendido a innumerables pacientes y era especialista en epidemiología de infecciones, sino de un biólogo. Y en algún momento la clásica situación en la que se te meten en la boca cosas que nunca has dicho, sólo para desacreditarte. Metzger: "Presentar el factor de la contaminación del aire como el único desencadenante de la crisis - como lo hizo Sucharit Bhakdi en su video - no es científico." Naturalmente, nunca se ha afirmado en ningún lugar que el elevado número de víctimas se debiera únicamente a la contaminación del aire, porque eso no habría sido científico. Esta afirmación fue una mentira descarada. Pero los creyentes de la ARD/ZDF difícilmente habrían hecho el esfuerzo de comprobar los hechos "reales".

Censura de opiniones

Artículo 5 de la constitución alemana:

Artículo 5 [Libertad de expresión]
1) Toda persona tendrá derecho a expresar y difundir libremente sus opiniones de palabra, por escrito y mediante imágenes, y a informarse sin trabas de las fuentes generalmente accesibles. Se garantizará la libertad de prensa y la libertad de informar por medio de emisiones y películas. No habrá censura.

No hay lugar para las opiniones críticas ni en la prensa pública ni en las emisiones públicas. La única alternativa es a través de los medios de comunicación social, donde el público puede ser informado a través de videos de YouTube. Pero incluso aquí, la libertad de expresión es sólo de palabra. Se pueden encontrar bastantes videos que salen impunes a pesar de que promueven la mentira, el odio y la agitación. YouTube aparentemente no tiene problemas con eso. Sin embargo, una entrevista con la estación de televisión austriaca Servus TV sobre el coronavirus fue borrada. Esto le pasó a muchos

videos que estaban críticamente involucrados en este tema. Susan Wojcicki, CEO de YouTube, dijo durante una entrevista (240): "Todo lo que viola las recomendaciones de la OMS constituiría una violación de nuestras directrices. Por lo tanto, la eliminación es otra parte importante de nuestras directrices". La OMS que fue responsable de la falsa pandemia de gripe porcina en 2009; La OMS que sobreestimó la mortalidad de COVID-19 a gran escala, y condujo al mundo a una crisis con esta y otras equivocaciones? ¿La misma OMS que ahora establece el estándar de lo que se puede decir?

WhatsApp también reaccionó. La función de avance fue restringida para contener la distribución de Fake News durante la crisis del coronavirus. ¿Pero quién determina exactamente si una noticia es falsa? ¿Qué pasa si nuestro propio gobierno distribuye Fake News? El 14 de marzo, el Ministerio de Salud advirtió a través de Twitter:

> **Atención Fake News! Se afirma y distribuye rápidamente que el Ministerio Federal de Salud/Gobierno Federal pronto anunciará más restricciones masivas a la vida pública. ¡Esto NO es cierto!**

Dos días después, el 16 de marzo, se anunciaron más restricciones masivas a la vida pública.
El profesor inglés John Oxford, uno de los virólogos más conocidos del mundo, dijo lo siguiente sobre la crisis del coronavirus (241): "Personalmente, diría que el mejor consejo es pasar menos tiempo viendo las noticias de la televisión, lo cual es sensacional y no muy bueno. Personalmente, veo este brote de COVID como algo parecido a una mala epidemia de gripe invernal. ¡Estamos sufriendo una epidemia mediática!"

El "buen ciudadano" alemán y el fracaso de la política

Es más fácil creer una mentira que has escuchado mil veces que creer una verdad que sólo has escuchado una vez
(ABRAHAM LINCOLN)

Tuvimos una división dentro del país una vez antes - durante el tema de los refugiados. Las opiniones variaban mucho y se hablaba de "buenos ciudadanos", los bienhechores y "ciudadanos enojados", los no tan bienhechores.

Esta vez es mucho peor. Las amistades se rompen. La gente se enfrenta a diferencias irreconciliables. Hablan unos de otros, unos contra otros, pero no unos con otros. Algunos se preocupan por los daños colaterales; otros se ven a sí mismos como defensores de los derechos de los ancianos que deben ser sacrificados por la economía.

Aquí hay un comentario de un periódico local después de que la Canciller Angela Merkel se dirigiera a la nación con la decisión de extender el cierre:
"Me sentí muy aliviada. Aliviada de que aparentemente hicimos todo bien con nuestro distanciamiento social, nuestro sacrificio por no encontrarnos con amigos o visitar a la familia y todo eso. Me sentí muy

aliviado de que continuemos con esto en el futuro". Lamentablemente, esta no es una opinión individual. La epidemia mediática se cobró muchas víctimas.

Un eminente psicólogo, el profesor Gerd Gigerenzer, abordó este tema (234):
"Es fácil desencadenar en las personas el temor a los riesgos de choque. Son situaciones en las que mucha gente muere repentinamente en muy poco tiempo. Este nuevo coronavirus podría ser un riesgo de choque, al igual que los accidentes aéreos, los actos de terror u otras pandemias. Sin embargo, si las muertes se extienden a lo largo de un año, apenas nos asusta aunque el número sea significativamente mayor".

En efecto. Sin que ninguna medida haya tenido efecto alguno y al final de la epidemia, nos encontramos con mucho menos de 10.000 de las llamadas "muertes por coronavirus" en Alemania (Worldometers, julio de 2020).

En Alemania, aproximadamente 950.000 personas mueren cada año. De ellas, más de un tercio (350.000) mueren de enfermedades cardiovasculares y 230.000 de cáncer (242).

Muchas de esas 950.000 muertes podrían evitarse mediante la información y la educación, comenzando en las escuelas y continuando para el público en general, sobre la importancia del ejercicio y las dietas saludables, sobre los peligros de la obesidad y muchas otras cuestiones. Podríamos prevenir miles de muertes cada año. Y también podríamos tener menos muertes por enfermedades respiratorias, en las que un pequeño virus no rompería el lomo del camello, porque ese lomo no se tensaría hasta el punto de romperse. Esto se aplica no sólo a los coronavirus sino a muchos otros virus y bacterias que siempre lo han hecho y continuarán haciéndolo en el futuro.

¿Por qué fallaron nuestros políticos?

Después de haber entendido todo, un colega exclamó: "¿Pero cómo puede ser eso? O bien significa que nuestro gobierno y sus asesores son completamente ignorantes o incompetentes - o, si no lo son, debe haber algún tipo de intención detrás de ello. ¿De qué otra manera se puede explicar todo esto?"
Helmut Schmidt, Canciller de la República Federal de Alemania de 1974 a 1982, fue uno de los últimos políticos alemanes con clase. Una vez dijo: "La estupidez de los gobiernos nunca debe ser subestimada." Tenía razón, por supuesto, pero ¿esta estupidez? ¿Realmente? Uno no puede y no quiere creer eso. Por lo tanto, eso sólo deja la segunda pregunta - ¿cuál es la intención detrás de todo esto? Y ahora los políticos se preguntan por qué los "teóricos de la conspiración" están surgiendo como hongos. ¿Por qué nuestro gobierno ignora otras opiniones y toma decisiones al azar y sin una base sólida? ¿Por qué nuestro gobierno no actuó en el interés general y por el bien del pueblo alemán?
Según Johann Giesecke, los políticos querían utilizar la pandemia para hacer avanzar sus propias posiciones y estaban perfectamente dispuestos a aplicar medidas que no estaban científicamente fundamentadas (196). "Los políticos quieren demostrar su capacidad de actuar, la capacidad de tomar decisiones y sobre todo su fuerza. Mi mejor ejemplo de ello es que en los países asiáticos las aceras se rocían con cloro. Esto es completamente inútil pero demuestra que el Estado y las autoridades están

haciendo algo, y eso es muy importante para los políticos". Hay algunos indicios de Austria de que podría tener razón en esto:

Durante su gestión de crisis, el gobierno austriaco no confió en la experiencia de sus propios asesores. La transcripción de una entrevista reveló más tarde que el canciller Sebastián Kurz contaba con temores más que con explicaciones al aplicar las rígidas medidas, lo que facilitó que el público aceptara las imposiciones sociales y económicas (243).

El documento de estrategia del Ministerio del Interior alemán revela que la misma agenda había sido premeditada en este país (154).

¿Por qué hubo tan pocas críticas al curso del gobierno por parte de la economía?

El profesional del mercado de valores, Dirk Müller, dio una explicación persuasiva de por qué la pandemia fue una bendición para muchos (244): en resumen, porque siempre es la misma historia: Las grandes empresas ganan, las pequeñas pierden. Las grandes corporaciones sobrevivirán mientras que muchas pequeñas y medianas empresas, así como las empresas privadas perecerán. El profesor de finanzas, Stefan Homburg, lo llamó "la mayor redistribución de riqueza en tiempos de paz". El perdedor sería el contribuyente (245).

¿Por qué hubo tan pocas críticas de las filas de los científicos?

No seamos ingenuos. La ciencia es tan corrupta como la política. La Unión Europea aportó 10 millones de euros para la investigación del nuevo coronavirus. Todos los Tom, Dick y Harry que quisieran investigar este virus podrían solicitar financiación. Así que muy pronto tendremos mucha información, posiblemente inútil, sobre el SARS-CoV-2 y en estas circunstancias no es precisamente útil señalar la relativa inocuidad del virus.

Conclusiones:

- el gobierno está comprometido a servir el bien de los ciudadanos
- la oposición se compromete a supervisar la acción del gobierno
- la prensa se compromete a informar al público mediante una información crítica y veraz
- los que saben (en este caso médicos y científicos) están obligados a alzar su voz y exigir decisiones basadas en pruebas

Todo ciudadano que no haya cumplido con sus obligaciones es cómplice de los daños colaterales de la crisis del coronavirus.

9. ¿Quo vadis?

Puedes engañar a toda la gente algunas veces, y a algunas personas todo el tiempo, pero no puedes engañar a toda la gente todo el tiempo (ABRAHAM LINCOLN)

Las autoridades pertinentes, nuestros políticos y sus asesores jugaron un papel verdaderamente ignominioso en el manejo de nuevas y supuestamente peligrosas infecciones de las últimas décadas, desde la EEB, la gripe porcina, la EHEC hasta el COVID-19. En ningún momento aprendieron de sus errores, y esto disminuye la esperanza de que sea diferente en el futuro. ¡Al contrario! Mientras que nosotros "sólo" redistribuíamos el dinero de los contribuyentes a la industria farmacéutica durante la gripe porcina, esta vez se destruyeron los medios de vida, se pisoteó la constitución y la población fue básicamente privada de sus derechos fundamentales: libertad de expresión y opinión, libertad de movimiento, libertad de reubicación, libertad de reunión, libertad de practicar activamente su religión, libertad de practicar su ocupación y ganarse la vida.

Anclado en la constitución está el principio de proporcionalidad: la interferencia del Estado en los derechos fundamentales debe ser apropiada para alcanzar el objetivo deseado. Y por último, pero no menos importante: la dignidad de la humanidad nunca debe ser violada.

Esto dejó de ser así, en detrimento de la democracia y la civilización.

Han pasado casi 90 años desde la época en que se abolió el periodismo crítico y libre y los medios de comunicación se transformaron en el brazo extendido del Estado.

Han pasado casi 90 años desde que se abolió la libertad y las opiniones del público fueron forzadas a la línea política.

Han pasado casi 90 años desde la última histeria masiva impulsada por los medios de comunicación.

Si hemos aprendido una sola cosa de los tiempos más oscuros de nuestra historia alemana, entonces seguramente esto: Nunca más debemos ser indiferentes y mirar hacia otro lado. Especialmente cuando el gobierno suspende nuestros derechos democráticos fundamentales. Esta vez, sólo fue un virus el que llamó a nuestra puerta, pero miren por lo que tuvimos que pasar como consecuencia:

- La histeria de las masas alimentada por los medios de comunicación
- Decisiones políticas arbitrarias
- Restricciones masivas de los derechos fundamentales
- Censura de la libertad de expresión
- Conformidad forzada de los medios de comunicación
- Difamación de los disidentes (los de mente diferente)
- Denuncia
- Experimentos humanos peligrosos

Si eso no te recuerda a una dictadura, entonces debes haber estado profundamente dormido durante tus lecciones de historia. Lo que nos queda es una profunda preocupación y miedo. Porque tanta gente inteligente y educada se convirtió como lemmings en 3 meses, dispuestos a obedecer las demandas y órdenes de la élite mundial.

El renombrado virólogo Pablo Goldschmidt dijo (246): "Estamos todos encerrados. En Niza hay zánganos que imponen multas a la gente. ¿Hasta dónde ha llegado esta vigilancia? Hay que leer a Hannah Arendt y mirar muy de cerca los orígenes del totalitarismo en esa época. Si asustas a la población, puedes hacer cualquier cosa con ella".

Aparentemente, tiene razón. Una cosa está clara: hay muchas cosas que deben ser trabajadas y todos debemos insistir en que esto suceda. Los coronavirus se han retirado para esta temporada, el tema está desapareciendo de los titulares y de la esfera pública - y pronto desaparecerá de la memoria de la gente.

Si nosotros, el pueblo, no exigimos que se aborden todas las transgresiones de la política de los coronavirus, entonces los que están en el poder podrán cubrirlo todo con un manto de ocultación.

Siempre existe la posibilidad de que alguna otra amenaza llame a nuestra puerta. La única cosa positiva que ha salido de esto es que mucha gente en nuestro país se ha despertado. Muchos se han dado cuenta de que los medios de comunicación y los políticos pueden acordar apoyarse mutuamente en cosas que no son buenas - e incluso malas. Uno sólo puede esperar que las voces de la razón que amonestan no sean silenciadas en el futuro por las fuerzas oscuras de esta tierra.

10. Una despedida

Los virus respiratorios son una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, con una estimación de 2 a 3 millones de muertes anuales. Muchos virus, incluidos los virus de la gripe A, los rinovirus, el virus sincitial respiratorio (VRS), los virus de la parainfluenza, los adenovirus y los coronavirus son los responsables. Ahora, un nuevo miembro se ha unido a la lista. Al igual que los demás, el virus del SARS-CoV-2 pone en peligro especialmente a los ancianos con graves afecciones preexistentes. Dependiendo del país y la región, entre el 0,02 y el 0,4% de estas infecciones son mortales, lo que es comparable a una gripe estacional. Por lo tanto, al SARS-CoV-2 no se le debe asignar ninguna importancia especial como patógeno respiratorio.

El brote de SARS-CoV-2 nunca fue una epidemia de interés nacional. La aplicación de los reglamentos excepcionales de la Ley de Protección contra las Infecciones fue y sigue siendo infundada. A mediados de abril de 2020, era totalmente evidente que la epidemia estaba llegando a su fin y que las medidas preventivas inadecuadas estaban causando daños colaterales irreparables en todos los ámbitos de la vida. Sin embargo, el gobierno continúa su cruzada destructiva contra el virus del espectro, ignorando así completamente los fundamentos de la verdadera democracia.

Y mientras leen estas líneas, se están realizando experimentos humanos con vacunas genéticas cuyos peligros ominosos nunca han sido revelados a los miles de voluntarios desconocidos.

Estamos siendo testigos de la caída y destrucción de nuestro patrimonio, hasta el final de la era de la Ilustración.

Que este pequeño libro despierte al homo sapiens de esta tierra para que se levante y haga honor a su nombre. Y ponga fin a esta autodestrucción sin sentido.

References

(1) "Coronavirus Disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update," World Health Organization, last accessed August 26, 2020, https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.

(2) Chih-Cheng Lai et al., "Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): The Epidemic and the Challenges," *International Journal of Antimicrobial Agents* 55, no. 3 (March 2020): 105924, https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924.

(3) Catrin Sohrabi et al., "World Health Organization Declares Global Emergency: A Review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19),"*International Journal of Surgery* 76 (April 2020): 71–76, https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034.

(4) Shuo Su et al., "Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses," *Trends in Microbiology* 24, no. 6 (June 2016): 490–502, https://doi.org/10.1016/j.tim.2016.03.003.

(5) Jie Cui, Fang Li, and Zheng-Li Shi, "Origin and Evolution of Pathogenic Coronaviruses," *Nature Reviews Microbiology* 17 (2019): 181–92,https://doi.org/10.1038/s41579-018-0118-9.

(6) Yanis Roussel et al., "SARS-CoV-2: Fear Versus Data," *International Journal of Antimicrobial Agents* 55, no. 5 (May 2020): 105947, https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105947.

(7) David M. Patrick et al., "An Outbreak of Human Coronavirus OC43 Infection and Serological Cross-Reactivity with SARS Coronavirus,"*Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* 17, no. 6 (November–December 2006): 330–36, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095096.

(8) Kelvin K. W. To et al., "From SARS to Coronavirus to Novel Animal and Human Coronaviruses," *Journal of Thoracic Disease* 5, no. S2 (August 2013): S103–8, http://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.06.02.

(9) "SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)," National Health Service (UK), last reviewed October 24, 2019, https://www.nhs.uk/conditions/sars.

(10) "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)," World Health Organization, https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en.

(11) "COVID-19 Coronavirus Pandemic," Worldometer, https://www.worldometers.info/coronavirus.

(12) Benjamin Reuter, "Coronavirus lässt in Italien Ärzte verzweifeln—Entscheidungen wie in Kriegszeiten," *Der Tagesspiegel* (Berlin), March 12, 2020, https://www.tagesspiegel.de/wissen/drohen-in-deutschlanditalienische-verhaeltnisse-coronavirus-laesst-in-italienaerzteverzweifeln-entscheidungen-wie-in-kriegszeiten/25632790.html.

(13) Ciro Indolfi and Carmen Spaccarotella, "The Outbreak of COVID-19 in Italy: Fighting the Pandemic," *JACC: Case Reports* 2, no. 9 (July 2020): 1414–18, https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.03.012.

(14) Max Roser et al., "Coronavirus Pandemic (COVID-19)," *Our World in Data*, last updated August 26, 2020, https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid.

(15) "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Situation Report—61," World Health Organization, March 20, 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200321-sitrep-61-covid-19.pdf.

(16) Michael Day, "COVID-19: Four Fifths of Cases Are Asymptomatic, China Figures Indicate," *BMJ* 369, (April 2020): m1375, https://doi.org/10.1136/bmj.m1375.

(17) "Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau," *AWMF Online* (Germany), revised January to October 2017, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf.

(18) Audrey Giraud-Gatineau et al., "Comparison of Mortality Associated with Respiratory Viral Infections between December 2019 and March 2020 with That of the Previous Year in Southeastern France," *International Journal of Infectious Diseases* 96 (July 2020): 154–56, https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.001.

(19) Victor M. Corman et al., "Detection of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) by Real-Time RT-PCR," *Eurosurveillance* 25, no. 3 (January 2020): 2000045, https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045.

(20) Sonja Gurris, "Corona-Tests werden Geheimwaffe," *n-tv* (Cologne), March 30, 2020, https://www.n-tv.de/panorama/Corona-Tests-werden-Geheimwaffe-article21678629.html.

(21) Christian Drosten, Twitter post, April 13, 2020, 4:42 p.m., https://twitter.com/c_drosten/status/1249800091164192771.

(22) Australian Associated Press, "WHO Rejects Tanzania Claim Tests Faulty," *Examiner* (Launceston), May 8, 2020, https://www.examiner.com.au/story/6749732/who-rejects-tanzania-claim-tests-faulty.

(23) Yafang Li et al., "Stability Issues of RT-PCR Testing of SARS-CoV-2 for Hospitalized Patients Clinically Diagnosed with COVID-19," *Journal of Medical Virology* 92, no. 7 (July 2020): 903–8, https://doi.org/10.1002/jmv.25786.

(24) Gurris, "Corona-Tests werden Geheimwaffe."

(25) Ines Nastali, "Police Intervenes on Quarantined Mein Schiff 3," *Safety at Sea*, May 6, 2020, https://safetyatsea.net/news/2020/police-intervenes-on-quarantined-mein-schiff-3-2.

(26) "Wenig Infektionen beim Charité-Personal," *Deutsches Ärzteblatt* (Berlin), May 13, 2020, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112809/Wenig-Infektionen-beim-Charite-Personal.

(27) John P. A. Ioannidis, "Coronavirus Disease 2019: The Harms of Exaggerated Information and Non-Evidence-Based Measures," *European Journal of Clinical Investigation* 50, no. 4 (April 2020): e13222, https://doi.org/10.1111/eci.13222.

(28) Sucharit Bhakdi, open letter to Angela Merkel, March 26, 2020, PDF available to download until March 31, 2021, https://c.gmx.net/@824224682608695698/cI1TagSeQmi0WlXK-m8vWA.

(29) Patrick Gensing and Markus Grill, "40 Prozent mehr Tests in Deutschland," *Tagesschau* (Hamburg), May 6, 2020, https://www.tagesschau.de/investigativ/corona-tests-rki-101.html.

(30) Julia Bernewasser, "Das sind die ersten Lehren der Heinsberg-Studie," *Der Tagesspeigel* (Berlin), April 9, 2020, https://www.tagesspiegel.de/wissen/zwischenergebnis-zurcoronavirus-uebertragung-das-sind-die-ersten-lehrenderheinsberg-studie/25730138.html.

(31) Paula Schneider, "'Unwissenschaftlich': Statistikerin zerlegt Heinsberg-Studie, auf die sich Laschet stützt," *Focus* (Munich), April 15, 2020,https://www.focus.de/gesundheit/news/hoffe-dass-wir-darausnur-wenig-ueber-corona-lernen-statistikerin-zerlegtheinsbergstudie-keine-transparenz-kein-wissenschaftlicher-standard_id_11881853.html.

(32) Hendrik Streeck et al., "Infection Fatality Rate of SARS-CoV-2 Infection in a German Community with a Super-Spreading Event," preprint,*medRxiv*, June 2, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20090076.

(33) "Field Briefing: Diamond Princess COVID-19 Cases," National Institute of Infectious Diseases (Japan), February 19, 2020, https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9407-covid-dpfe-01.html.
(34) Kenji Mizumoto et al., "Estimating the Asymptomatic Proportion of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Cases on Board the Diamond Princess Cruise Ship, Yokohama, Japan, 2020," *Eurosurveillance* 25, no. 10 (March 2020): 20000180, https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180.
(35) Tara John, "Iceland Lab's Testing Suggests 50% of Coronavirus Cases Have No Symptoms," *CNN*, April 3, 2020, https://edition.cnn.com/2020/04/01/europe/iceland-testing-coronavirus-intl/index.html.
(36) Rongrong Yang, Xien Gui, and Yong Xiong, "Comparison of Clinical Characteristics of Patients with Asymptomatic vs Symptomatic Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China," *JAMA Network Open* 3, no. 5 (May 2020): e2010182, https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10182.
(37) "Erster Todesfall in Schleswig-Holstein," *Der Spiegel*, March 17, 2020, https://www.spiegel.de/wissenschaft/coronavirus-erster-todesfall-in-schleswig-holstein-a-6db5f0b0-b662-45b0-bdb4-603684d4dc92.
(38) Bettina Mittelacher, "Mediziner: Alle Corona-Toten in Hamburg waren vorerkrankt," *Berliner Morgenpost*, April 27, 2020, https://www.morgenpost.de/vermischtes/article228994571/Rechtsmediziner-Alle-Corona-Toten-hattenVorerkrankungen.html.
(39) Dominic Wichmann et al., "Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients with COVID-19: A Prospective Cohort Study," *Annals of Internal Medicine* 173, no. 4 (August 2020): 268–77, https://doi.org/10.7326/M20-2003.
(40) Nikita Jolkver, "Coronavirus: Was die Toten über COVID-19 verraten," *DW Akademie* (Bonn), April 30, 2020, https://p.dw.com/p/3baZF.
(41) SARS-CoV-2 Surveillance Group, *Characteristics of SARS-CoV-2 Patients Dying in Italy*, report based on available data on July 9, 2020, https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_9_july_2020.pdf.
(42) O. Haferkamp and H. Matthys, "Grippe und Lungenembolien," *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 95, no. 51 (1970): 2560–63, https://doi.org/10.1055/s-0028-1108874.
(43) Sarah Newey, "Why Have So Many Coronavirus Patients Died in Italy?," *Telegraph*, March 23, 2020, https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/have-many-coronavirus-patients-died-italy.
(44) Gregory Beals, "Official Coronavirus Death Tolls Are Only an Estimate, and That Is a Problem," *NBC News*, April 15, 2020, https://www.nbcnews.com/news/world/official-coronavirus-death-tolls-are-only-estimate-problem-n1183756.
(45) Karolina Meta Beisel, "Warum Belgien die höchste Todesrate weltweit hat," *Tages-Anzeiger* (Zurich), April 22, 2020, https://www.tagesanzeiger.ch/warum-belgien-die-hoechstetodesrate-weltweit-hat-825753123788.
(46) John P. A. Ioannidis, Cathrine Axfors, and Despina G. Contopoulos-Ioannidis, "Population-Level COVID-19 Mortality Risk for Non-Elderly Individuals Overall and for Non-Elderly Individuals without Underlying Diseases in Pandemic Epicenters," *Environmental Research* 188 (September 2020): 109890, https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109890.
(47) "GrippeWeb," Robert Koch-Instituts, https://grippeweb.rki.de.
(48) "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Situation Report—46," World Health Organization, March 6, 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200306-sitrep-46-covid-19.pdf.
(49) "Häufig gestellte Fragen und Antworten zur Grippe," Robert Koch-Instituts, updated January 30, 2019, https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html.
(50) "30 000 Tote—die kann's auch bei saisonaler Grippe geben," *Ärzte-Zeitung* (Neu-Isenburg), September 3, 2009, https://www.aerztezeitung.de/Medizin/30000-Tote-die-kannsauch-bei-saisonaler-Grippe-geben-371174.html.
(51) "Grippewelle war tödlichste in 30 Jahren," *Deutsches Ärzteblatt* (Berlin), September 30, 2019, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106375/Grippewellewar-toedlichste-in-30-Jahren.
(52) "Gesundheitsministerin erklärt Grippewelle 2018 in Bayern für beendet," *Augsburger Allgemeine*, May 10, 2018, https://www.augsburger-allgemeine.de/wissenschaft/Gesundheitsministerin-erklaert-Grippewelle-2018-in-Bayernfuerbeendet-id42750551.html.
(53) World Health Organization, "Up to 650 000 People Die of Respiratory Diseases Linked to Seasonal Flu Each Year," news release, December 13, 2017, https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/flu/en.
(54) Euronews, "Coronavirus in Deutschland: Sterberate steigt, RKI erwartet zweite welle," *Euronews* (Lyon), May 5, 2020, https://de.euronews.com/2020/05/05/coronavirus-in-deutschland-sterberate-steigt-rki-erwartet-zweite-welle.
(55) Silvia Stringhini et al., "Repeated Seroprevalence of Anti-SARS-CoV-2 IgG Antibodies in a Population-Based Sample from Geneva, Switzerland," preprint, *medRxiv*, May 6, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.05.02.20088898.
(56) Asako Doi et al., "Estimation of Seroprevalence of Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Using Preserved Serum at an Outpatient Setting in Kobe, Japan: A Cross-Sectional Study," preprint, *medRxiv*, May 5, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20079822.
(57) Alberto L. Garcia-Basteiro et al., "Seroprevalence of Antibodies Against SARS-CoV-2 Among Health Care Workers in a Large Spanish Reference Hospital," preprint, *medRxiv*, May 2, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.27.20082289.
(58) "Coronavirus: los primeros datos de seroprevalencia estiman que un 5% de la población ha estado contagiada, con variabilidad según provincias," Instituto de Salud Carlos III, Gobierno de España, May 13, 2020, https://www.isciii.es/Noticias/Noticias/Paginas/Noticias/PrimerosDatosEstudioENECOVID19.aspx.
(59) Kieran Corcoran, "A Test of 200 People Just outside Boston Found That 32% Had Been Exposed to the Coronavirus, Compared to an Official Rate of 2%," *Business Insider*, April 19, 2020, https://www.businessinsider.com/coronavirus-test-200-chelsea-massachusetts-finds-32-percent-exposed-2020-4.
(60) John Ioannidis, "The Infection Fatality Rate of COVID-19 Inferred from Seroprevalence Data," preprint, *medRxiv*, July 14, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20101253.
(61) Maryam Shakiba et al., "Seroprevalence of COVID-19 Virus Infection in Guilan Province, Iran," preprint, *medRxiv*, May 1, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20079244.
(62) Eran Bendavid et al., "COVID-19 Antibody Seroprevalence in Santa Clara County, California," preprint, *medRxiv*, posted April 30, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20062463.
(63) Christian Erikstrup et al., "Estimation of SARS-CoV-2 Infection Fatality Rate by Real-Time Antibody Screening of Blood Donors," *Clinical Infectious Diseases* ciaa849 (June 2020): https://doi.org/10.1093/cid/ciaa849.
(64) Fadoua Balabdaoui and Dirk Mohr, "Age-Stratified Model of the COVID-19 Epidemic to Analyze the Impact of Relaxing Lockdown Measures: Nowcasting and Forecasting for Switzerland," preprint, *medRxiv*, May 13, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.05.08.20095059.
(65) "Preliminary Results of USC-LA County COVID-19 Study Released," University of Southern California, April 20, 2020, https://pressroom.usc.edu/preliminary-results-of-usc-la-county-covid-19-study-released.
(66) Lionel Roques et al., "Using Early Data to Estimate the Actual Infection Fatality Ratio from COVID-19 in France," *Biology* 9, no. 5 (May 2020): 97, https://doi.org/10.3390/biology9050097.

(67) Carson C. Chow et al., "Global Prediction of Unreported SARS-CoV2 Infection from Observed COVID-19 Cases," preprint, *medRxiv*, May 5, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20083485.
(68) Siuli Mukhopadhyay and Debraj Chakraborty, "Estimation of Undetected COVID-19 Infections in India," preprint, *medRxiv*, May 3, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.20.20072892.
(69) Robert Verity et al., "Estimates of the Severity of Coronavirus Disease 2019: A Model-Based Analysis," *Lancet: Infectious Diseases* 20, no. 6 (June 2020): 669–77, https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7.
(70) Kenji Mizumoto, Katsushi Kagaya, and Gerardo Chowell, "Early Epidemiological Assessment of the Transmission Potential and Virulence of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Wuhan City, China, January–February, 2020," *BMC Medicine* 18 (2020): article 217, https://doi.org/10.1186/s12916-020-01691-x.
(71) Timothy W. Russell et al., "Estimating the Infection and Case Fatality Ratio for Coronavirus Disease (COVID-19) Using Age-Adjusted Data from the Outbreak on the Diamond Princess Cruise Ship, February 2020," *Eurosurveillance* 25, no. 12 (March 2020): 2000256, https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.12.2000256.
(72) "Komplikationen," Lungenärzte im Netz, https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/grippe/komplikationen.
(73) "103-jährige Italienerin erholt sich von COVID-19," *Donaukurier* (Ingolstadt), updated April 16, 2020, video, https://www.donaukurier.de/nachrichten/panorama/103-jaehrige-Italienerin-erholt-sich-von-COVID-19;art154670,4548023.
(74) Jason Oke and Carl Heneghan, "Global COVID-19 Case Fatality Rates," Oxford COVID-19 Evidence Service, Centre for Evidence-Based Medicine, updated June 9, 2020, https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates.
(75) "113-jährige Spanierin überlebt Coronavirus-Infektion," *GMX*, May 13, 2020, https://www.gmx.net/magazine/panorama/113-jaehrigespanierin-ueberlebt-coronavirus-infektion-34698438.
(76) "SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)," Robert Koch-Institut, updated August 21, 2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html.
(77) "Amtliches Dashboard COVID19," Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, https://info.gesundheitsministerium.at/dashboard_GenTod.html.
(78) "COVID-19 Daily Deaths," National Health Service (UK), https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/covid-19-daily-deaths.
(79) Kathryn A. Myers and Donald R. E. Farquhar, "Improving the Accuracy of Death Certification," *CMAJ* 158, no. 10 (May 1998): 1317–23, https://www.cmaj.ca/content/cmaj/158/10/1317.full.pdf.
(80) Sandy McDowell, "Understanding Cancer Death Rates," American Cancer Society, January 25, 2019, https://www.cancer.org/latest-news/understanding-cancer-death-rates.html.
(81) Yoon K. Loke and Carl Heneghan, "Why No-One Can Ever Recover from COVID-19 in England—A Statistical Anomaly," Centre for Evidence-Based Medicine, July 16, 2020, https://www.cebm.net/covid-19/why-no-one-can-ever-recover-from-covid-19-in-england-a-statistical-anomaly.
(82) "Corona—Blog," Krefeld, https://www.krefeld.de/de/inhalt/corona-aktuelle-meldungen/.
(83) Victor G. Puelles et al., "Multiorgan and Renal Tropism of SARS-CoV-2," *New England Journal of Medicine* 383 (August 2020): 590–92, https://doi.org/10.1056/NEJMc2011400.
(84) David Bainton, Glynne R. Jones, and David Hole, "Influenza and Ischaemic Heart Disease—A Possible Trigger for Acute Myocardial Infarction?," *International Journal of Epidemiology* 7, no. 3 (September 1978): 231–39, https://doi.org/10.1093/ije/7.3.231.
(85) Hiroshi Kido et al., "Role of Host Cellular Proteases in the Pathogenesis of Influenza and Influenza-Induced Multiple Organ Failure," *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Proteins and Proteomics* 1824, no. 1 (January 2012): 186–94, https://doi.org/10.1016/j.bbapap.2011.07.001.
(86) Debby van Riel, Rob Verdijk, and Thijs Kuiken, "The Olfactory Nerve: A Shortcut for Influenza and Other Viral Diseases into the Central Nervous System," *Journal of Pathology* 235, no. 2 (January 2015): 277–87, https://doi.org/10.1002/path.4461.
(87) Camilla Rothe et al., "Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany," *New England Journal of Medicine* 382 (March 2020): 970–71, https://doi.org/10.1056/NEJMc2001468.
(88) Kai Kupferschmidt, "Study Claiming New Coronavirus Can Be Transmitted by People without Symptoms Was Flawed," *Science*, February 3, 2020, https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong.
(89) Russell M. Viner et al., "School Closure and Management Practices During Coronavirus Outbreaks Including COVID-19: A Rapid Systematic Review," *Lancet* 4, no. 5 (May 2020): 397–404, https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X.
(90) Pamela Dörhöfer, "Italien leidet unter dem Coronavirus: Sterberate ist erschreckend hoch," *Frankfurter Rundschau*, April 14, 2020, https://www.fr.de/panorama/coronavirus-SARS-CoV-2-sterberate-italien-deutlich-hoeher-rest-welt-zr-13604897.html.
(91) Ernesto Diffidenti, "Coronavirus, i contagiati reali in Italia sono almeno 100mila," *Il Sole 24 Ore* (Milan), March 17, 2020, https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-contagiati-realiin-italia-sono-almeno-100mila-ADnzowD.
(92) Kat Lay, "Coronavirus: Record Weekly Death Toll as Fearful Patients Avoid Hospitals," *Times* (UK), April 15, 2020, https://www.thetimes.co.uk/article/coronavirus-record-weeklydeath-toll-as-fearful-patients-avoid-hospitals-bm73s2tw3.
(93) Paul Nuki, "Two New Waves of Deaths Are about to Break over the NHS, New Analysis Warns," *Telegraph*, April 25, 2020, https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/two-new-waves-deaths-break-nhs-new-analysis-warns.
(94) Ceylan Yeinsu, "N.H.S. Overwhelmed in Britain, Leaving Patients to Wait," *New York Times*, January 3, 2018, https://www.nytimes.com/2018/01/03/world/europe/uk-national-health-service.html.
(95) Denis Campbell, "Health Services Overloaded Despite Support Pledges, Claims Report," *Guardian* (US edition), May 20, 2018, https://www.theguardian.com/politics/2018/may/21/health-services-overloaded-despite-support-pledges-claims-report.
(96) Michael Savage, "NHS Winter Crisis Fears Grow after Thousands of EU Staff Quit," *Guardian* (US edition), November 24, 2019, https://www.theguardian.com/society/2019/nov/24/nhs-winter-crisis-thousands-eu-staff-quit.
(97) Amanda MacMillan, "Hospitals Overwhelmed by Flu Patients Are Treating Them in Tents," *Time*, January 18, 2018, https://time.com/5107984/hospitals-handling-burden-flupatients.
(98) Helen Branswell, "A Severe Flu Season Is Stretching Hospitals Thin. That Is a Very Bad Omen," *STAT*, January 15, 2018, https://www.statnews.com/2018/01/15/flu-hospital-pandemics.
(99) "Coronavirus Fact-Check #1: 'COVID19 Is Having an Unprecedented Impact on ICUs," *OffGuardian*, April 2, 2020, https://off-guardian.org/2020/04/02/coronavirus-fact-check-1-flu-doesnt-overwhelm-our-hospitals.

(100) R. Salamanca, “La gripe colapsa los hospitales de media España,” *El Mundo* (Madrid), January 12, 2017, https://www.elmundo.es/ciencia/2017/01/12/58767cb4268e3e1f448b459a.html.
(101) Daniel Ventura, “¿Por qué la gripe significa colapso en los hospitales españoles?,” *HuffPost* (Spain edition), January 13, 2017, https://www.huffingtonpost.es/2017/01/13/gripe-colapsohospitales_n_14135402.html.
(102) Simona Ravizza, “Milano, terapie intensive al collasso per l’influenza: già 48 malati gravi molte operazioni rinviate,” *Corriere della Sera* (Milan), January 10, 2018, https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-f5d1-11e7-9b06-fe054c3be5b2.shtml.
(103) Christian Baars, “Mehr Tote durch resistente Keime,” *Tagesschau* (Hamburg), November 18, 2019, https://www.tagesschau.de/inland/antibiotika-keime-resistent-101.html.
(104) “Europäische Union: Altersstruktur in den Mitgliedsstaaten im Jahr 2019,” Statista, March 2020, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248981/umfrage/altersstruktur-in-den-eu-laendern.
(105) Savannah Blank, “Wieso sterben in Italien so viele an COVID-19 und wieso sind so viele infiziert?,” *Südwest Presse* (Ulm), April 30, 2020,https://www.swp.de/panorama/coronavirus-italien-aktuellwieso-sterben-in-italien-so-viele-an-corona-wieso-hat-italiensoviele-infizierte-zahlen-tote-gruende-45080326.html.
(106) Stefania Boccia, Walter Ricciardi, and John P. A. Ioannidis, “What Other Countries Can Learn from Italy During the COVID-19 Pandemic,”*JAMA Internal Medicine* 180, no. 7 (July 2020): 927–28, https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1447.
(107) Paul Kreiner, “Beim Smog ist Italien das China Europas,” *Der Tagesspiegel* (Berlin), December 2, 2015, https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/luftverschmutzung-beim-smog-ist-italien-daschinaeuropas/12668866.html.
(108) Marco Martuzzi et al., *Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities* (Copenhagen: World Health Organization, 2006), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/91110/E88700.pdf.
(109) Daniel P. Croft et al., “The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change,” *Annals of the American Thoracic Society* 16, no. 3 (March 2019): https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201810-691OC.
(110) Xiao Wu et al., “Exposure to Air Pollution and COVID-19 Mortality in the United States: A Nationwide Cross-Sectional Study,” preprint,*medRxiv*, April 27, 2020, https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054502.
(111) Susanne Pfaller and Matthias Lauer, “Trauer in Corona-Zeiten: Mehr Anzeigen und Feuerbestattungen,” *Bayerischer Rundfunk*, April 29, 2020,https://www.br.de/nachrichten/bayern/trauer-in-corona-zeitenmehr-anzeigen-und-feuerbestattungen,RxZCWs0.
(112) Katja Thorwarth, “New Yorker Notarzt über Corona-Krise in der Bronx: „Manchmal 200 Erkrankungen in einem Stockwerk,“” *Frankfurter Rundschau*, May 14, 2020, https://www.fr.de/politik/coronavirus-corona-krise-usanotarzt-lage-new-york-bronx-zr-13762623.html.
(113) Lucia De Franceschi et al., “Acute Hemolysis by Hydroxycloroquine Was Observed in G6PD-Deficient Patient with Severe COVID-19 Related Lung Injury,” *European Journal of Internal Medicine* 77 (July 2020): 136–37, https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.04.020.
(114) “Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency,” Genetics Home Reference, National Institutes of Health, August 17, 2020, https://ghr.nlm.nih.gov/condition/glucose-6-phosphate-dehydrogenase-deficiency#statistics.
(115) “Charité-Chefvirologe warnt vor dramatischer Corona-Welle im Herbst,” *BZ* (Berlin), updated April 1, 2020, https://www.bz-berlin.de/berlin/charite-chefvirologe-warnt-vor-dramatischer-corona-welle-im-herbst.
(116) Dominik Straub, “Letalität in Deutschland 30-mal niedriger als in Italien – wie ist das möglich?,” *Der Tagesspiegel* (Berlin), March 11, 2020,https://www.tagesspiegel.de/politik/coronavirus-in-europaletalitaet-in-deutschland-30-mal-niedriger-als-in-italien-wieistdas-moeglich/25626678.html.
(117) BMG, Twitter post, March 14, 2020, 6:55 a.m., https://twitter.com/bmg_bund/status/1238780849652465664.
(118) “Coronavirus Restrictions: What’s Closed (and What’s Open) in Germany?,” *Local* (German edition), updated March 20, 2020, https://www.thelocal.de/20200316/coronavirus-restrictions-whats-closed-and-whats-open-in-germany.
(119) John P. A. Ioannidis, “A Fiasco in the Making? As the Coronavirus Pandemic Takes Hold, We Are Making Decisions without Reliable Data,”*STAT*, March 17, 2020, https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data.
(120) Christian Baars, “Radikale Maßnahmen für viele Monate?,” *Tagesschau* (Hamburg), March 17, 2020, https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/coronavirus-studie-london-101.html.
(121) Matt Ridley and David Davis, “Is the Chilling Truth That the Decision to Impose Lockdown Was Based on Crude Mathematical Guesswork?,”*Telegraph*, May 10, 2020, https://www.telegraph.co.uk/news/2020/05/10/chilling-truth-decision-impose-lockdown-based-crude-mathematical.
(122) “„Exponentielles Wachstum“: RKI mahnt eindringlich zum Abstandhalten,” *Deutsches Ärzteblatt* (Berlin), March 20, 2020, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111209/Exponentielles-Wachstum-RKI-mahnt-eindringlich-zum-Abstandhalten.
(123) Matthias an der Heiden and Udo Buchholz, *Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland*, Robert Koch Institut, March 20, 2020, https://doi.org/10.25646/6571.2.
(124) “Deutsche Krankenhäuser nehmen COVID-19-Patienten aus Italien und Frankreich auf,” *Deutsches Ärzteblatt* (Berlin), March 24, 2020, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111286/Deutsche-Krankenhaeuser-nehmen-COVID-19-Patienten-aus-Italien-undFrankreich-auf.
(125) “„Verdopplungszeit“ zehn Tage—So weit ist Deutschland von Merkels Ziel entfernt,” *Welt* (Berlin), March 3, 2020, https://www.welt.de/politik/deutschland/article206895285/Coronavirus-So-weit-ist-Deutschland-von-Merkels-Zielvorgabeentfernt.html.
(126) Ulrich Stoll and Christian Rohde, “Zwischen ‘schneller Kontrolle’ und ‘Anarchie,’” *ZDF Heute* (Mainz), March 31, 2020, https://www.zdf.de/nachrichten/politik/f21-corona-dokument-innenministerium-100.html.
(127) Thomas Steinmann, “Innenministerium warnt vor Wirtschaftscrash,” *Capital* (Hamburg), April 1, 2020, https://www.capital.de/wirtschaft-politik/innenministerium-warnt-vor-wirtschaftscrash.
(128) Matthias an der Heiden and Osamah Hamouda, “Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland—Nowcasting,” *Epidemiologisches Bulletin* 17, (April 2020): 10–16, https://doi.org/10.25646/6692.4.
(129) Christian Geinitz, “„In den Kliniken stehen Tausende Betten leer“,” *Frankfurter Allgemeine*, updated April 15, 2020, https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/fehlplanung-der-politikin-den-kliniken-stehen-betten-leer-16725981.html.
(130) *Using Face Masks in the Community* (Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2020), https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf.

(131) Samy Rengasamy, Benjamin Eimer, and Ronald E. Shaffer, "Simple Respiratory Protection—Evaluation of the Filtration Performance of Cloth Masks and Common Fabric Materials Against 20–1000 nm Size Particles," *Annals of Occupational Hygiene* 54, no. 7 (October 2010): 789–98,https://doi.org/10.1093/annhyg/meq044.
(132) C. Raina MacIntyre et al., "A Cluster Randomised Trial of Cloth Masks Compared with Medical Masks in Healthcare Workers," *BMJ Open* 5, no. 4 (2015): e006577, https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006577.
(133) "Advice on the Use of Masks in the Context of COVID-19," World Health Organization, June 5, 2020, https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak.
(134) Timo Mitze et al., *Face Masks Considerably Reduce COVID-19 Cases in Germany: A Synthetic Control Method Approach* (Bonn, Germ.: Institute of Labor Economics, 2020), http://ftp.iza.org/dp13319.pdf.
(135) Udo Buchholz, Silke Buda, and Kerstin Prahm, "Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung,"*Epidemiologisches Bulletin* 16 (April 2020): 7–9, https://doi.org/10.25646/6636.2.
(136) Denis G. Rancourt, "Masks Don't Work: A Review of Science Relevant to COVID-19 Social Policy," *River Cities' Reader* (IA), June 11, 2020,https://www.rcreader.com/commentary/masks-dont-work-covid-a-review-of-science-relevant-to-covide-19-social-policy.
(137) Pietro Vernazza, "Atemschutzmasken für alle—Medienhype oder unverzichtbar?," Klinik für Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, April 5, 2020, https://infekt.ch/2020/04/atemschutzmasken-fuer-alle-medienhype-oder-unverzichtbar.
(138) Klaus Wedekind, "Drosten warnt vor zweiter Corona-Welle," *n-tv* (Cologne), April 20, 2020, https://www.n-tv.de/panorama/Drosten-warnt-vor-zweiter-Corona-Welle-article21726926.html.
(139) Joachim Czichos, "Erst Bakterien führten zur tödlichen Katastrophe," *Welt* (Berlin), August 11, 2008, https://www.welt.de/gesundheit/article2295849/Erst-Bakterienfuehrten-zur-toedlichen-Katastrophe.html.
(140) Marie E. Killerby et al., "Human Coronavirus Circulation in the United States 2014–2017," *Journal of Clinical Virology* 101 (April 2018): 52–56,https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.01.019.
(141) Mika J. Mäkelä et al., "Viruses and Bacteria in the Etiology of the Common Cold," *Journal of Clinical Microbiology* 36, no. 2 (February 1998): 539–42, https://doi.org/10.1128/JCM.36.2.539-542.1998.
(142) "Was Sie über die Grafik wissen sollten, über die Deutschland spricht," *Welt* (Berlin), April 26, 2020, https://www.welt.de/wissenschaft/article207456203/Coronavirus-Stefan-Homburg-und-die-Grafik-ueber-die-Deutschlandspricht.html.
(143) "Virologe Drosten warnt: Deutsche könnten Corona-Vorsprung verspielen," *Stern*, video, 1:04, April 23, 2020, https://www.stern.de/gesundheit/news-im-video--drosten-warnt---deutsche-koennten-corona-vorsprungverspielen9236028.html.
(144) "RKI warnt in Coronavirus-Krise: Reproduktionszahl wieder über kritischem Wert 1," *MSN* (Germany), May 10, 2020, https://www.msn.com/de-de/nachrichten/coronavirus/rkiwarnt-in-coronavirus-krise-reproduktionszahl-wiederüberkritischem-wert-1/ar-BB13RlEi.
(145) "Sterbefallzahlen in Deutschland steigen an," *Süddeutsche Zeitung*, April 30, 2020, https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/coronavirenuebersterblichkeit-COVID-19-statistischesbundesamt-1.4893709.
(146) Jürgen Mladek, "Seehofer stellt Corona-Kritiker kalt," *Nordkurier* (Neubrandenburg), May 14, 2020, https://www.nordkurier.de/politik-und-wirtschaft/seehofer-stellt-corona-kritiker-kalt-1439370305.html.
(147) Seth Flaxman et al., "Estimating the Effects of Non-Pharmaceutical Interventions on COVID-19 in Europe," *Nature* 584 (2020): 257–61, https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7.
(148) Comments section below Flaxman et al., "Estimating the Effects of Non-Pharmaceutical Interventions," https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7#article-comments.
(149) "Why Is Denmark Not Recommending Face Masks to the Public?," *Local* (Denmark), May 11, 2020, https://www.thelocal.dk/20200511/why-is-denmark-not-recommending-face-masks-to-the-public.
(150) Hildburg Bruns, "Berlins erste Corona-Klinik," *Bild* (Berlin), May 11, 2020, https://www.bild.de/regional/berlin/berlin-aktuell/corona-klinik-in-berlin-fertig-knapp-500-betten-im-stand-by-modus-70577074.bild.html.
(151) Uwe Janssens, "„Wir haben genug Intensivbetten"," interview by Arndt Reuning, *Deutschlandfunk* (Cologne), March 11, 2020, https://www.deutschlandfunk.de/corona-notfallplaene-inkrankenhaeusern-wir-habengenug.676.de.html?dram:article_id=472287.
(152) "Überlastung deutscher Krankenhäuser durch COVID-19 laut Experten unwahrscheinlich," *Deutsches Ärzteblatt* (Berlin), March 12, 2020, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Ueberlastungdeutscher-Krankenhaeuser-durch-COVID-19-lautExpertenunwahrscheinlich.
(153) Barbara Gillmann, "RKI: Zahl der Intensivbetten wird nicht reichen," *Handelsblatt* (Düsseldorf), April 3, 2020, https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/corona-epidemie-rki-zahl-der-intensivbetten-wirdnichtreichen/25712008.html?ticket=ST-3691123-xCgN9jb0yWPZsyeB97s7-ap5.
(154) Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, *Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen*, March 2020, https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarienpapier-covid-19.pdf;jsessionid=8FAD89A1832ABFC4DB485C5625C8DE71.2_cid295?__blob=publicationFile&v=4.
(155) Elena Kuch, Jennifer Lange, and Christoph Prössl, "Kurzarbeit trotz Rettungsschirm," *Tagesschau* (Hamburg), April 22, 2020, https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/krankenhaeuser-kurzarbeit-101.html.
(156) Kim Norvell and Jayne O'Donnell, "Thousands of US Medical Workers Furloughed, Laid Off as Routine Patient Visits Drop During Coronavirus Pandemic," *USA Today*, updated April 2, 2020, https://eu.usatoday.com/story/news/health/2020/04/02/coronavirus-pandemic-jobs-us-health-care-workersfurloughedlaid-off/5102320002.
(157) Kit Knightly, "COVID19: Are Ventilators Killing People?," *OffGuardian*, May 6, 2020, https://off-guardian.org/2020/05/06/covid19-are-ventilators-killing-people.
(158) "COVID-19: Beatmung—und dann?," DocCheck, March 31, 2020, https://www.doccheck.com/de/detail/articles/26271-COVID-19-beatmung-und-dann.
(159) Martin Gould, "EXCLUSIVE: 'It's a Horror Movie.' Nurse Working on Coronavirus Frontline in New York Claims the City Is 'Murdering' COVID-19 Patients by Putting Them on Ventilators and Causing Trauma to the Lungs," *Daily Mail*, updated May 14, 2020, https://www.dailymail.co.uk/news/article-8262351/Nurse-New-York-claims-city-killing-COVID-19-patientsputtingventilators.html.
(160) Jochen Taßler and Jan Schmitt, "Mehr Schaden als Nutzen?," *Tagesschau* (Hamburg), April 30, 2020, https://www.tagesschau.de/investigativ/monitor/beatmung-101.html.

(161) "„Es wird zu häufig intubiert und invasiv beatmet“," *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, April 7, 2020, https://www.vpneumo.de/fileadmin/pdf/f2004071.007_Voshaar.pdf.
(162) Kristin Kielon, "So Funktioniert Künstliche Beatmung," *Mitteldeutscher Rundfunk* (Leipzig), March 24, 2020, https://www.mdr.de/wissen/so-funktioniert-beatmung-intensivstation-corona-100.html.
(163) "Modes of Transmission of Virus Causing COVID-19: Implications for IPC Precaution Recommendations," World Health Organization, March 29, 2020, https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations.
(164) Neeltje van Doremalen et al., "Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1," *New England Journal of Medicine* 382 (April 2020): 1564–67, https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973.
(165) Young-Il Kim et al., "Infection and Rapid Transmission of SARS-CoV-2 in Ferrets," *Cell Host & Microbe* 27, no. 5 (May 2020): 704–9.e2,https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.03.023.
(166) Matthias Thöns, "„Sehr falsche Prioritäten gesetzt und alle ethischen Prinzipien verletzt“," interview by Peter Sawicki, *Deustchlandfunk*, April 11, 2020, https://www.deutschlandfunk.de/palliativmedizinerzu-COVID-19-behandlungen-sehrfalsche.694.de.html?dram:article_id=474488.
(167) David L. Katz, "Is Our Fight against Coronavirus Worse Than the Disease?," *New York Times*, March 20, 2020, https://www.nytimes.com/2020/03/20/opinion/coronaviruspandemic-social-distancing.html.
(168) CNN, "'We are creating a catastrophic health care situation,'" Facebook post, video, 6:09, May 2, 2020, https://www.facebook.com/cnn/posts/10160799274796509.
(169) Scott W. Atlas, "The Data Is In—Stop the Panic and End the Total Isolation," *The Hill* (Washington, DC), April 22, 2020, https://thehill.com/opinion/healthcare/494034-the-data-are-in-stop-the-panic-and-end-the-total-isolation.
(170) Robert Birnbaum and Georg Ismar, "Schäuble will dem Schutz des Lebens nicht alles unterordnen," *Der Tagesspiegel* (Berlin), April 26, 2020,https://www.tagesspiegel.de/politik/bundestagspraesident-zurcorona-krise-schaeuble-will-dem-schutz-des-lebens-nichtallesunterordnen/25770466.html.
(171) Miriam Kruse, "Menschenleben versus Menschenwürde?," *SWR Aktuell*, April 27, 2020, https://www.swr.de/swraktuell/schaueble-wertediskussion-zu-corona-100.html.
(172) Andy Sumner, Chris Hoy, and Eduardo Ortiz-Juarez, "Estimates of the Impact of COVID-19 on Global Poverty," (working paper, United Nations University World Institute for Development Economics Research, 2020), https://www.wider.unu.edu/publication/estimates-impact-covid-19-global-poverty.
(173) "Amerikas Wirtschaftsleistung sinkt um bis zu 30 Prozent," *Frankfurter Allgemeine*, updated May 18, 2020, https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/usa-notenbank-federwartet-dramatischen-einbruch-der-wirtschaft-16774864.html.
(174) Ines Zöttl, "US-Arbeitsmarkt in der Coronakrise: US-Arbeitsmarkt in der Coronakrise," *Spiegel* (Hamburg), May 9, 2020, https://www.spiegel.de/wirtschaft/corona-krise-in-den-usa-der-auftakt-der-tragoedie-a-532f7a6b-3a0d-4a8f-a38d-db91ead7990b.
(175) "EU vor Rezession von 'historischem Ausmaß," *Tagesschau* (Hamburg), May 6, 2020, https://www.tagesschau.de/wirtschaft/corona-eurozone-rezession-101.html.
(176) Benjamin Bidder, "'Das wird ein Zangenangriff auf Deutschlands Wholstand,'" *Spiegel* (Hamburg), May 17, 2020, https://www.spiegel.de/wirtschaft/corona-krise-das-wird-ein-zangenangriff-auf-deutschlands-wohlstand-a-eaf27caa-342d-4aca-bcb1-e84b15ca5a2d.
(177) Britta Beeger, "Warum die Arbeitslosigkeit steigt," *Frankfurter Allgemeine*, May 4, 2020, https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/corona-krise-warum-die-arbeitslosigkeit-in-deutschland-steigt-16753941.html.
(178) "Kampf gegen Corona: Größtes Hilfspaket in der Geschichte Deutschlands," Bundesministerium der Finanzen, May 22, 2020, https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Corona-Schutzschild/2020-03-13-Milliarden-Schutzschild-fuer-Deutschland.html.
(179) Mallory Simon, "75,000 Americans at Risk of Dying from Overdose or Suicide Due to Coronavirus Despair, Group Warns," *CTV News* (Ottawa), May 8, 2020, https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/75-000-americans-at-risk-of-dying-from-overdose-or-suicide-due-to-coronavirus-despair-group-warns-1.4930801.
(180) Agence France-Presse, "Australia Fears Suicide Spike Due to Virus Shutdown," *Telegraph*, May 7, 2020, https://www.telegraph.co.uk/news/2020/05/07/australia-fears-suicide-spike-due-virus-shutdown.
(181) "Mehr Tote durch Schlaganfälle, Infarkte und Suizide erwartet," *BZ* (Berlin), May 7, 2020, https://www.bz-berlin.de/ratgeber/coronavirus-lockdown-mehr-tote-durch-schlaganfaelle-infarkte-und-suizide-erwartet.
(182) Catharine Paddock, "Heart Attack Risk Higher with Job Loss," *Medical News Today*, November 20, 2012, https://www.medicalnewstoday.com/articles/252985.
(183) Hinnerk Feldwisch-Drentrup, "Warum in der Coronakrise nicht nur das Virus die Gesundheit gefährdet," *Der Tagesspiegel* (Berlin), May 16, 2020, https://www.tagesspiegel.de/wissen/die-gesundheitlichenfolgen-des-lockdowns-jetzt-sind-es-30-prozentwenigerherzinfarkte-doch-spaeter-werden-es-wohl-mehr/25834148.html.
(184) COVIDSurg Collaborative, "Elective Surgery Cancellations Due to the COVID-19 Pandemic: Global Predictive Modelling to Inform Surgical Recovery Plans," *British Journal of Surgery*, May 12, 2020, https://doi.org/10.1002/bjs.11746.
(185) "Anzahl der Sterbefälle in Deutschland nach Altersgruppe im Jahr 2018," Statista, May 2020, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1013307/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland-nach-alter.
(186) MarieLuise Dr. Stiefel et al., "Corona: Schützen Sie uns Ältere nicht um diesen Preis! Selbstbestimmt altern und sterben!" Change.org, PBC,https://www.change.org/p/bundeskanzlerin-corona-sch%C3%BCtzen-sie-%C3%A4ltere-nicht-um-diesen-preis-selbstbestimmt-altern-und-sterben.
(187) "UNICEF: Höhere risiken für Kinder wegen Massnahmen zur eindämmung des Coronavirus," UNICEF, March 23, 2020, https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2020/risiken-fuer-kinder-bei-eindaemmung-des-coronavirus/213060.
(188) Peter Dabrock, "„Kinder brauchen andere Kinder“," interview by Anke Schaefer, *Deutschlandfunk Kultur* (Berlin), April 14, 2020, https://www.deutschlandfunkkultur.de/sozialethiker-kritisiertlange-kitaschliessungenkinder.1008.de.html?dram:article_id=474595.
(189) "Deutschlands Lehrer-Chef: 'Ein Viertel aller Schüler abgehängt," *Focus*, May 8, 2020, https://www.focus.de/familie/eltern/meidinger-zuschulschliessungen-deutschlands-lehrer-chef-ein-viertel-allerschuelerabgehaengt_id_11878788.html.
(190) Sue Odenthal and Martina Morawietz, "'Wir sind extrem blind im Kinderschutz,'" *ZDF Heute* (Mainz), April 28, 2020, https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-kinderschutz-jugendamt-100.html.

(191) Christoph Hein, "Auf Corona folgt der Hunger," *Frankfurter Allgemeine*, April 22, 2020, https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/un-warnt-auf-coronafolgt-die-hungersnot-16736443.html.
(192) Leslie Roberts, "Why Measles Deaths Are Surging—and Coronavirus Could Make It Worse," *Nature*, updated April 9, 2020, https://www.nature.com/articles/d41586-020-01011-6.
(193) Stefan Homburg, "Warum Deutschlands Lockdown falsch ist—und Schweden vieles besser macht," *Welt* (Berlin), April 15, 2020, https://www.welt.de/wirtschaft/plus207258427/Schwedenals-Vorbild-Finanzwissenschaftler-gegen-CoronaLockdown.html?ticket=ST-A-1309422-NghISRcCkH30TuFUa0V5-ssosignin-server.
(194) Johan Giesecke, "„Lockdown verschiebt Tote in die Zukunft"," interview by Johannes Perterer, Addendum, Quo Vadis Veritas, April 24, 2020,https://www.addendum.org/coronavirus/interview-johan-giesecke.
(195) André Anwar, "WHO lobt Sonderweg: Können wir vom Modell Schweden lernen?," *Augsburger Allgemeine*, May 5, 2020, https://www.augsburger-allgemeine.de/panorama/WHO-lobt-Sonderweg-Koennen-wir-vom-Modell-Schwedenlernenid57329376.html.
(196) "Ende der Pandemie? Neue Zahlen widersprechen Regierungs-Linie- Punkt.PRERADOVIC mit Prof. Homburg," YouTube video, 16:17, interview by Punkt Preradovic, May 4, 2020, posted by "Punkt.PRERADOVIC," https://www.youtube.com/watch?v=WFkMIlKyHoI.
(197) "Wo die Coronavirus-Pandemie ohne Lockdown bewältigt wird," *Der Tagesspiegel* (Berlin), April 18, 2020, https://www.tagesspiegel.de/wissen/von-hongkong-lernenwo-die-coronavirus-pandemie-ohne-lockdownbewaeltigtwird/25752346.html.
(198) Gearoid Reidy, "Japan Was Expecting a Coronavirus Explosion. Where Is It?," *Japan Times*, March 20, 2020, https://www.japantimes.co.jp/news/2020/03/20/national/coronavirus-explosion-expected-japan/.
(199) Aria Bendix, "South Korea Has Tested 140,000 People for the Coronavirus. That Could Explain Why Its Death Rate Is Just 0.6%—Far Lower Than in China or the US," *Business Insider*, March 5, 2020, https://www.businessinsider.com/south-korea-coronavirus-testing-death-rate-2020-3.
(200) *Non-Pharmaceutical Public Health Measures for Mitigating the Risk and Impact of Epidemic and Pandemic Influenza* (World Health Organization, 2019), https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publication/en.
(201) "Nobel Prize Winning Scientist Prof Michael Levitt: Lockdown Is a 'Huge Mistake,'" YouTube video, 34:33, interview by UnHerd, posted by "UnHerd," May 2, 2020, https://www.youtube.com/watch?v=bl-sZdfLcEk.
(202) Adelina Comas-Herrera et al., *Mortality Associated with COVID-19 Outbreaks in Care Homes: Early International Evidence*, LTC Covid, updated June 26, 2020, https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence.
(203) avstoesser, "Falsche Prioritäten gesetzt und ethische Prinzipien verletzt," Pflegeethik Initiative, Deutschland e.V., April 15, 2020, http://pflegeethik-initiative.de/2020/04/15/corona-krise-falsche-prioritaeten-gesetzt-und-ethische-prinzipien-verletzt.
(204) "'No Second Wave' Despite Record Surge in New COVID-19 Cases, Says Czech Minister," *Kafkadesk*, June 29, 2020, https://kafkadesk.org/2020/06/29/no-second-wave-despite-record-surge-in-new-covid-19-cases-says-czech-minister.
(205) "Mandatory Face Masks Should Not Pose Problems, Says Swiss Train Boss," *Swissinfo* (Bern), July 3, 2020, https://www.swissinfo.ch/eng/mandatory-face-masks-should-not-pose-problems--says-swiss-train-boss/45879254.
(206) Daland Segler, "„Anne Will": Wie hart trifft uns die „neue Normalität"?," *Frankfurter Rundschau*, May 29, 2020, https://www.fr.de/kultur/tv-kino/corona-talk-anne-will-ardhart-trifft-neue-normalitaet-zr-13667631.html.
(207) "Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken," Federal Ministry of Finance (Germany), June 3, 2020, https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Konjunkturpaket/2020-06-03-eckpunktepapier.pdf?__blob=publicationFile&v=10.
(208) "'Es braucht eine globale Anstrengung,'" *Tagesschau* (Hamburg), April 12, 2020, https://www.tagesschau.de/ausland/gates-corona-101.html.
(209) Jincun Zhao et al., "Airway Memory CD4+ T Cells Mediate Protective Immunity against Emerging Respiratory Coronaviruses," *Immunity* 44, no. 6 (June 2016): 1379–91, https://doi.org/10.1016/j.immuni.2016.05.006.
(210) Annika Nelde et al., "SARS-CoV-2 T-cell Epitopes Define Heterologous and COVID-19-Induced T-Cell Recognition," preprint, posted June 17, 2020, https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-35331/v1.
(211) Alba Grifoni et al., "Targets of T-Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals,"*Cell* 181, no. 7 (June 2020): 1489–501.e15, https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.015.
(212) Takuya Sekine et al., "Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19," *Cell*, (August 2020), https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017.
(213) Barry Rockx et al., "Comparative Pathogenesis of COVID-19, MERS, and SARS in a Nonhuman Primate Model," *Science* 368, no. 6494 (May 2020): 1012–15, https://doi.org/10.1126/science.abb7314.
(214) Shibo Jiang, "Don't Rush to Deploy COVID-19 Vaccines and Drugs without Sufficient Safety Guarantees," *Nature* 579 (2020): 321, https://doi.org/10.1038/d41586-020-00751-9.
(215) Sanjay Kumar, "Scientists Scoff at Indian Agency's Plan to Have COVID-19 Vaccine Ready for Use Next Month," *Science*, July 6, 2020, https://www.sciencemag.org/news/2020/07/scientists-scoff-indian-agencys-plan-have-COVID-19-vaccine-ready-use-next-month.
(216) "COVID-19-Impfstoff: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ)," Robert Koch Institut, last accessed August 27, 2020, https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/COVID-19-Impfen.html.
(217) Michael Barry, "Single-Cycle Adenovirus Vectors in the Current Vaccine Landscape," *Expert Review of Vaccines* 17, no. 2 (2018): 163–73,https://doi.org/10.1080/14760584.2018.1419067.
(218) Ewen Callaway, "The Race for Coronavirus Vaccines: A Graphical Guide," *Nature* 580 (April 2020): 576–77, https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y.
(219) Barney S. Graham, "Rapid COVID-19 Vaccine Development," *Science* 368, no. 6494 (May 2020): 945–46, https://doi.org/10.1126/science.abb8923.
(220) Vincent A. Fulginiti et al., "Altered Reactivity to Measles Virus: Atypical Measles in Children Previously Immunized with Inactivated Measles Virus Vaccines," *JAMA* 202, no. 12 (December 1967): 1075–80, https://doi.org/10.1001/jama.1967.03130250057008.
(221) Hyun Wha Kim et al., "Respiratory Syncytial Virus Disease in Infants Despite Prior Administration of Antigenic Inactivated Vaccine," *American Journal of Epidemiology* 89, no. 4 (April 1969): 422–34, https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a120955.

(222) Cara C. Burns et al., "Multiple Independent Emergences of Type 2 Vaccine-Derived Polioviruses during a Large Outbreak in Northern Nigeria,"*Journal of Virology* 87, no. 9 (April 2013): 4907–22, https://doi.org/10.1128/JVI.02954-12.
(223) Z. Wang et al., "Detection of Integration of Plasmid DNA into Host Genomic DNA Following Intramuscular Injection and Electroporation," *Gene Therapy* 11 (April 2004): 711–21, https://doi.org/10.1038/sj.gt.3302213.
(224) Barbara Langer et al., "Safety Assessment of Biolistic DNA Vaccination," *Biolistic DNA Delivery* 940 (2013): 371–88, https://doi.org/10.1007/978-1-62703-110-3_27.
(225) Norbert Pardi et al., "mRNA Vaccines—A New Era in Vaccinology," *Nature Reviews Drug Discovery* 17, (2018): 261–79, https://doi.org/10.1038/nrd.2017.243.
(226) Peter Doshi, "The Elusive Definition of Pandemic Influenza," *Bulletin of the World Health Organization* 89, no. 7 (July 2011): 532–38, https://doi.org/10.2471/BLT.11.086173.
(227) Andreas Zumach, "Der verhängnisvolle Einfluss der Pharmakonzerne," interview by Dieter Kassel, *Deutschlandfunk Kultur* (Berlin), May 16, 2017, https://www.deutschlandfunkkultur.de/weltgesundheitsorganisation-derverhaengnisvolleeinfluss.1008.de.html?dram:article_id=386282.
(228) Carsten Schroeder, "Schweinegrippe: Die Ruhe vor dem Sturm," *Deutschlandfunk* (Cologne), December 15, 2009, https://www.deutschlandfunk.de/schweinegrippe-die-ruhe-vor-dem-sturm.709.de.html?dram:article_id=88702.
(229) "Kanzlerin und Minister sollen speziellen Impfstoff erhalten," *Spiegel*, October 17, 2009, https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/schutz-vorschweinegrippe-kanzlerin-und-minister-sollen-speziellenimpfstofferhalten-a-655764.html.
(230) Michael Fumento, "Why the WHO Faked a Pandemic," *Forbes*, February 5, 2010, https://www.forbes.com/2010/02/05/world-health-organization-swine-flu-pandemic-opinions-contributors-michael-fumento.html.
(231) Clare Dyer, "UK Vaccine Damage Scheme Must Pay £120 000 to Boy Who Developed Narcolepsy after Swine Flu Vaccination," *BMJ* 350 (2015): h3205, https://doi.org/10.1136/bmj.h3205.
(232) S. Sohail Ahmed et al., "Narcolepsy, 2009 A(H1N1) Pandemic Influenza, and Pandemic Influenza Vaccinations: What Is Known and Unknown about the Neurological Disorder, the Role for Autoimmunity, and Vaccine Adjuvants," *Journal of Autoimmunity* 50 (May 2014): 1–11, https://doi.org/10.1016/j.jaut.2014.01.033.
(233) Urs P. Gasche, "Corona: Medien verbreiten weiter unbeirrt statistischen Unsinn," *Infosperber*, April 26, 2020, https://www.infosperber.ch/Artikel/Medien/Corona-Medien-verbreiten-weiter-unbeirrt-statistischen-Unsinn.
(234) Michael Scheppe, "Risikoforscher erklärt: Das können wir gegen die Angst vor dem Coronavirus tun," *Handelsblatt* (Düsseldorf), March 10, 2020, https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/gerdgigerenzer-im-interview-risikoforscher-erklaert-das-koennenwirgegen-die-angst-vor-dem-coronavirus-tun/25624846.html.
(235) Christof Kuhbandner, "Von der fehlenden wissenschaftlichen Begründung der Corona-Maßnahmen," *Telepolis*, April 25, 2020, https://www.heise.de/tp/features/Von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-Begruendung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html.
(236) "12 Experts Questioning the Coronavirus Panic," *OffGuardian*, March 24, 2020, https://off-guardian.org/2020/03/24/12-experts-questioning-the-coronavirus-panic.
(237) "10 MORE Experts Criticising the Coronavirus Panic," *OffGuardian*, March 28, 2020, https://off-guardian.org/2020/03/28/10-more-experts-criticising-the-coronavirus-panic.
(238) "Kritik an Corona-Berichterstattung der öffentlich-rechtlichen Medien," *Radio Dreyeckland*, March 27, 2020, https://rdl.de/beitrag/kritik-corona-berichterstattung-der-ffentlich-rechtlichen-medien.
(239) Nils Metzger, "Warum Sucharit Bhakdis Zahlen falsch sind," *ZDF Heute* (Mainz), March 23, 2020, https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-faktencheck-bhakdi-100.html.
(240) Charlie Wood, "YouTube's CEO Suggested Content That 'Goes Against' WHO Guidance on the Coronavirus Will Get Banned," *Business Insider*, April 23, 2020, https://www.businessinsider.com/youtube-will-ban-anything-against-who-guidance-2020-4.
(241) John Oxford, "A View from the HVIVO / Open Orphan #ORPH Laboratory—Professor John Oxford," Novus Communications, March 31, 2020,https://novuscomms.com/2020/03/31/a-view-from-the-hvivo-open-orphan-orph-laboratory-professor-john-oxford.
(242) Rainer Radtke, "Anzahl der Todesfälle nach den häufigsten Todesursachen in Deutschland in den Jahren 2016 bis 2018," Statista, August 13, 2020, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158441/umfrage/anzahl-der-todesfaelle-nach-todesursachen.
(243) "Österreich: Regierungsexperten waren gegen Corona-Lockdown," *RT* (Germany), May 14, 2020, https://deutsch.rt.com/europa/102434-osterreich-expertenwaren-gegen-lockdown.
(244) "Dirk Müller: So schlimm wird es NOCH – und wer dahinter steckt! // Mission Money," YouTube video, 1:00:27, posted by "Mission Money," March 26, 2020, https://www.youtube.com/watch?v=Gf4y0HoEkCU.
(245) Stefan Homburg, "Finanz-Professor: „Das ist das größte Umverteilungsprogramm in Friedenszeiten"," interview, *Rundblick*, April 2, 2020, https://www.rundblick-niedersachsen.de/finanz-professor-das-ist-das-groesste-umverteilungsprogramm-in-friedenszeiten.
(246) Rubikons Weltredaktion, "Der Corona-Totalitarismus," *Rubikon*, March 30, 2020, https://www.rubikon.news/artikel/der-corona-totalitarismus.

Sobre los autores

Karina Reiss nació en Alemania y estudió biología en la Universidad de Kiel, donde recibió su doctorado en 2001. Se convirtió en profesora adjunta en 2006 y profesora asociada en 2008 en la Universidad de Kiel. Ha publicado más de sesenta artículos en los campos de la biología celular, la bioquímica, la inflamación y la infección, que han sido reconocidos internacionalmente y han recibido prestigiosos honores y premios.

Sucharit Bhakdi nació en Washington, DC, y se educó en escuelas de Suiza, Egipto y Tailandia. Estudió medicina en la Universidad de Bonn en Alemania, donde recibió su doctorado en 1970. Fue investigador posdoctoral en el Instituto Max Planck de Inmunobiología y Epigenética de Friburgo de 1972 a 1976, y en el Laboratorio de Proteínas de Copenhague de 1976 a 1977. Se incorporó al Instituto de Microbiología Médica de la Universidad de Giessen en 1977 y fue nombrado profesor adjunto en 1982. Fue nombrado presidente de Microbiología Médica en la Universidad de Mainz en 1990, donde permaneció hasta su jubilación en 2012. El Dr. Bhakdi ha publicado más de trescientos artículos en los ámbitos de la inmunología, la bacteriología, la virología y la parasitología, por los que ha recibido numerosos premios y la Orden al Mérito de Renania-Palatinado. Sucharit Bhakdi y su esposa, Karina Reiss, viven con su hijo de tres años, Jonathan Atsadjan, en una pequeña aldea cerca de la ciudad de Kiel.